FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNcE 1946 **THESE** N° **271**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre KERMARREC

Né le 1er Septembre 1920, à Relecq-Kerhuon (Finistère).

Présentée et soutenue publiquement le 16 MARS 1946 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RAPPORTS DE L'APPENDICITE ET DE LA GROSSESSE (NORMALE ET ECTOPIQUE)

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Président : M. LANTUÉJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

271

16 MAI 1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNcE 1946 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre KERMARREC

Né le 1er Septembre 1920, à Relecq-Kerhuon (Finistère).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RAPPORTS DE L'APPENDICITE ET DE LA GROSSESSE (NORMALE ET ECTOPIQUE)

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Président : M. LANTUÉJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon

DOYEN . . . . . BAUDOUIN

ASSESSEUR . . . . . LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	N... FIESSINGER. HARVIER. P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale et Médecine du Travail	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri)
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), RICHET (*Physiologie*), VERNE. (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	N...
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER.
	VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
Chimie médicale	N...
Chirurgie générale	AMELINE.
	FEVRE.
	FUNCK-BRENTANO.
	MENEGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	N...
	N...
	N...
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	N...
Hygiène	N...
Médecine générale	BARIETY.
	BERNARD (Et.).
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	DELAY.
	GARCIN.
Médecine générale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	LELONG.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIE.
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	N...
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Parasitologie	LAVIER.
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
	N...
Physiologie	N...
	N...
Physiologie médicale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique O. R. L.	HALPHEN.
Clinique obstétricale	ECALLE.	Clinique médicale	ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	LELONG	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.		

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. A. HAHN.
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550026_0040

A MON PERE, A MA MERE

En hommage à tous les sacrifices qu'ils se sont imposés, qu'ils trouvent dans ce travail un adoucissement à leurs peines et tout l'amour filial que je leur porte.

Faible témoignage de ma grande affection, de ma profonde admiration et de ma reconnaissance.

A MA FIANCEE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND NICOLLEAU

Médecin-Chef de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur MARQUIS

Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Rennes
Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Docteur BRAULT

Chef de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine de Rennes

Qui, par les conseils qu'ils ont bien voulu nous donner, au cours de nos études, et au cours de cette thèse, ont été pour nous des guides d'une extrême bienveillance.

Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre réelle reconnaissance.

A NOS MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE RENNES

1939-1940 Monsieur le Docteur HARDOUIN.

Monsieur le Docteur LE DAMANY.

1940-1941 Monsieur le Docteur MARQUIS.

Monsieur le Docteur Alphonse PELLE.

1941-1942 Monsieur le Docteur LE GALL-LA SALLE.

1942-1943 Monsieur le Docteur BAUDET.

A NOS MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE SAINT-MALO

Qu'ils soient remerciés de nous avoir aidé pendant notre internat.

A Monsieur le Docteur TREGOUET

A Monsieur le Docteur LE BERRE

A Monsieur le Docteur DORDAIN (*in memoriam*)

AVANT-PROPOS

Si l'on considère la multitude des travaux publiés au cours des cinquante dernières années surtout au sujet des appendicites gravidiques, on peut se montrer étonné de la pauvreté de la littérature en ce qui concerne l'attitude nette à adopter. Pas de guides, pas de résumés schématiques.

D'autres fois, l'appendicite est considérée bien à tort comme parent pauvre. Non pas qu'on la juge négligeable, mais étant, somme toute, un accident rare de la grossesse, elle est toujours présentée noyée dans la riche symptomatologie des annexites et syndromes abdominaux gravidiques. Elle est loin de mériter ce manque d'intérêt. Combien de femmes n'a-t-elle pas conduites à la mort, faute d'un diagnostic non hésitant ou insuffisamment précoce, faute aussi d'une intervention d'urgence ?

On a joué sur sa rareté. Sa fréquence serait sans doute plus grande « si l'on y pensait » plus souvent, comme le dit BRINDEAU, et nous aurons, au cours de ce travail, plusieurs fois l'occasion de revenir sur ce point.

Autre intérêt majeur : elle revêt toujours chez la femme enceinte une haute gravité. Son rôle néfaste vient du danger rapide de péritonite, généralisée ou non, qui s'épanouira fâcheusement dans des conditions exceptionnelles de gravidité.

D'un autre côté, si l'on peut noter sa coexistence en

plusieurs cas avec des lésions utéro-salpingo-ovariennes, ou une grossesse ectopique — nous réservons d'ailleurs un chapitre spécial à cette étude pleine d'intérêt —, l'appendicite se présentera le plus souvent, opératoirement du moins, comme un accident isolé, méritant à ce titre une juste autonomie dans la symptomatologie des grands syndromes douloureux abdominaux gravidiques; autonomie d'autant plus nécessaire que son apparition brutale, faisant évoquer bien des urgences abdominales, ou au contraire la constitution d'un tableau simulant étroitement la pyélo-néphrite droite, en imposeront pour une thérapeutique très différente dans les deux cas.

Ce sont trois cas, rencontrés par notre maître, le Docteur NICOLLEAU, et dont les observations furent prises (en clientèle), qui nous ont amené à entreprendre cette étude d'autant plus captivante qu'elle touche à la fois les fondements de la Médecine, par son diagnostic, et ceux de la Chirurgie et de l'Obstétrique, par son traitement. Nous tenons d'abord à le remercier pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée, et ses judicieux conseils. Tous nos remerciements vont également au Docteur BRAULT, qui nous a fourni d'utiles renseignements, et que nous voulons assurer ici, pour son aide si bienveillante, de toute notre reconnaissance.

Nous n'entendons pas décrire ici d'une façon scrupuleuse toute la question de l'appendicite au cours de la puerpéralité. Le sujet est trop vaste, tel n'est pas notre dessein. Nous éliminerons donc du cadre de cette étude l'appendicite au cours du travail (nous ne parlerons que de l'appendicite en fin de grossesse, du travail et seulement à propos du traitement), au cours de l'accouchement pendant le post-partum, ainsi qu'au post-abortum. L'étude serait trop pesante, fastidieuse, et d'ailleurs sans rapport direct avec les faits constatés par nous.

Nous nous bornerons à la grossesse normale et à la grossesse ectopique, cas tout à fait particulier, en nous

attachant surtout à jeter les bases d'un diagnostic rapide et juste.

De même, nous laisserons délibérément de côté toutes les considérations étiologiques et pathogéniques, sans intérêt évident, pour ne signaler seulement qu'un cas inédit d'ascaridiose (appendicite vermineuse) ; nous ne voulons que le direct, le précis, le pratique. Notre but, c'est l'essentiel, l'utile, ce qui intéresse le praticien dans ses consultations journalières.

Pour corroborer nos propres observations, nous n'avons pas hésité à faire appel à quelques observations anciennes. Bien que reculées, leur intérêt demeure. La ligne de conduite, alors imprécise et dictée par le simple bon sens, forcément limitée, s'est considérablement éclairée aujourd'hui. On intervenait déjà à cette époque dans la plupart des cas. C'est dire qu'aujourd'hui, où à la fois toutes possibilités et toutes garanties chirurgicales nous sont offertes, on ne doit pas hésiter à intervenir. Ce diagnostic peut solliciter anxieusement la conscience et l'autorité du médecin. Toute négligence exposera la femme à des complications graves pour elle-même d'abord, et pour son fœtus ensuite. L'intervention précoce dans la majorité des cas sauvera mère et enfant. Nous la préconiserons tout au long de ce fascicule.

HISTORIQUE

A la France appartient l'honneur d'avoir publié le premier cas d'appendicite. Il fut rapporté par MESTIVIER en l'année 1759 dans le Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie. Mais c'est un anglo-saxon, HANCOK, qui parla de la première appendicite gravidique.

Depuis la première observation rapportée en 1848, par HANCOK, dans « The Lancet », d'appendicite de la gestation, vérifiée d'ailleurs opératoirement, de nombreux auteurs se sont intéressés aux rapports entre l'appendicite et la puerpéralité.

KORN rapporte en 1855, à la Société de Chirurgie de Dresde, la première vérification nécropsique d'une femme morte de péritonite aiguë au sixième mois de sa grossese, et à l'autopsie de laquelle il avait trouvé l'appendice perforé et adhérent à l'utérus. Comme de coutume, la publication de ce fait suscita celle de nombreux cas analogues, en sorte que dès 1898, le professeur PINARD pouvait en rassembler 45.

FITZ, en 1886, avait isolé l'appendicite comme entité clinique (Amer. Journ. of Med. Scienc., 1889), et Paul MUNDE dans le « Medical Reccord » de 1894 et 1895, parle des rapports de l'appendicite et de la gestation. C'est par lui que se précisèrent les relations qui existent entre les inflammations appendiculaires et l'état gravidique.

En France, DIEULAFOY s'intéresse à ce sujet, et lui

consacre une de ses cliniques (Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898, 16e leçon).

Tuffier et Legendre publient, en 1897, les premières observations d'appendicite et grossesse recueillies en France.

De 1898 à 1900, le professeur Pinard suscite à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris de nombreuses discussions, et donne en 1899, à l'Académie de Médecine de Paris, la première étude d'ensemble sur ce sujet.

Boije, en 1903, publie une statistique de 76 cas qui s'élève en 1906 à 104 avec Staehler et que Pénard porte lui-même à 137 observations (Thèse de Paris, 1912). Il refait là une étude d'ensemble. Jerlov, en 1925, publie un travail portant sur 456 cas. Comme on voit, la question se vulgarise. C'est ainsi que Seguy, en 1927, publie sa thèse sur les « Appendicites aiguës compliquant la gestation normale ».

De nombreux auteurs dans leur thèse, en particulier Massarel à Montpellier, en 1901, Glottain à Paris en 1923, Vigouroux à Bordeaux en 1928, Mouthon à Paris en 1935, Legros à Paris en 1936, s'intéressent à ce sujet en même temps que de nombreux articles paraissent dans différentes revues, soit pour s'attacher à décrire un symptôme particulier, ou à isoler une forme clinique, ou à indiquer une thérapeutique spéciale.

Il s'en dégage un ensemble très vaste, parfois touffus, duquel il nous semble bon de tirer l'essentiel, en y joignant bien entendu les apports modernes, de façon à établir le point le plus clairement possible. Si nous avons tenu à brosser ce tableau historique, dans ses grandes lignes, c'est pour bien montrer l'évolution de la question, relativement récente d'ailleurs. Ce qui importe maintenant, c'est d'en tirer la « substantifique moelle », le net, le pratique, mis à jour pour notre travail quotidien. Nous avons en effet rencontré des appen-

dicites gravidiques, nous en reverrons sans doute d'autres. Il ne nous est donc pas indifférent de savoir quelle conduite tenir en pareil cas.

Rappelons enfin pour mémoire, brièvement, les différentes techniques et procédés d'incision employés au cours des temps, surtout dans le dernier demi-siècle, où la question a nettement évolué :

Procédé de BARLOW et GODLEE (1885).

Procédé de ROUX (de Lausanne) (1890).

Procédé de MAC BURNEY (1894).

Procédé de Max SCHÜLLER (1889), modifié par KAMMERER (1897) et JALAGUIER (1897).

Procédé de William H. BATTLE (1895).

Procédé de GRINDA (1897).

Procédé de POIRIER (1898), dit « a posteriori ».

Procédé de CABOT (1891).

Procédé de M. TERRIER (1900).

Depuis, on n'a fait que modifier les différentes techniques opératoires.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Il est classique de parler du déplacement du cœcum, de son avancement et de son élévation dans la cavité péritonéale, du fait du développement de l'utérus gravide.

Est-il exact qu'il soit remonté en haut et en dehors pendant la gestation ? Cette situation haute du cœcum a été contestée à la suite de diverses études radiologiques.

FUTH et SCHUMACHER ont trouvé ce déplacement constant. L'appareil cœcal commencerait à se déplacer au quatrième mois de la grossesse de bas en haut, de dehors en dedans, et d'arrière en avant. Chez une femme enceinte de sept mois, le cœcum serait situé au-dessus des annexes droites, qui sont elles-mêmes au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Près du terme, le cœcum n'est plus qu'à quatre travers de doigt du bord inférieur du foie sur la ligne mammaire.

Si PANKOW a constaté aussi se déplacement, mais très peu important, FINK a vu l'appendice à son niveau habituel et HOFFMANN a conclu à une ascension très inconstante (5 cas sur 37). BAER, au contraire, d'après 70 femmes normales, a établi que l'appendice monte progressivement à partir du troisième mois et que son grand axe, d'abord horizontal, finit par être vertical à la fin du huitième mois.

D'après GUTMANN et STAEHLER, sur les femmes examinées debout, le cœcum est dans sa position normale. Sur la femme examinée couchée, le cœcum remonte de trois travers de doigt. C'est cette ascension qui explique la notion classique de la position haute du cœcum observée par tous les chirurgiens intervenant pour une appendicite à la fin de la grossesse. Il semble bien que ce soit dans cette distinction de position, en définitive, que nous devions trouver l'explication des variations physiologiques observées. Nous nous rangeons parmi les partisans de cette thèse.

Nous avons jugé ce bref rappel de détail anatomique indispensable avant d'entreprendre l'étude des symptômes particuliers à l'appendicite gravidique.

Notons aussi avant de terminer, et ceci au point de vue anatomo-pathologique, que ces variations du cœcum suivant la position adoptée par la femme enceinte, ne sont pas étrangères à la diffusion de produits septiques élaborés autour de l'appendice malade. En effet, la forme gangréneuse se rencontre chez la femme enceinte avec une fréquence particulière, peut-être en raison de la prétendue exaltation de la virulence microbienne, peut-être aussi grâce à des conditions circulatoires exceptionnellement favorables.

OBSERVATIONS

Nous allons avant l'étude des symptômes du diagnostic positif, condenser ensemble les différentes observations que nous citons à l'appui du texte. Parmi ces observations, six sont inédites : trois sont dues au Docteur NICOLLEAU, notre Maître, et les trois autres sont dues à l'amabilité de Monsieur le Docteur BRAULT, Chef de Clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Rennes. Nous avons pu voir deux des malades, qui se portent actuellement très bien. Les autres observations empruntées à divers auteurs, anciens ou modernes, ne feront que corroborer les premières.

OBSERVATION I (Docteur NICOLLEAU)

Madame M.... primipare. Paramé.

Cette femme de 32 ans dont les dernières règles sont du 20 mars 1941 présente jusqu'au début du cinquième mois une grossesse normale, à part quelques nausées dans les premières semaines.

A ce moment, Mme M..., qui est un peu constipée, présente une poussée fébrile modérée, 38°2 le matin, 38°5 le soir, quelques frissons, des mictions fréquentes, et une haleine fétide avec langue blanche. On pense à une pyélonéphrite gravidique. L'examen des urines recueillies par sondage vésical en tube stérile révèle la présence de pus et de colibacille. Après traitement par vaccins, bactériophages, acidifiants et antiseptiques urinaires, les symptômes finissent par s'amender, la température baisse, l'état général de la malade s'améliore. Les mictions sont devenues normales, et Mme M... peut s'alimenter.

Le 16 septembre, appelé le matin, j'examine à 10 heures la malade. Elle a de nouveau un aspect très fatigué ; les mictions ne sont cependant pas plus fréquentes. Il y a de la constipation. Pouls à 92. Température à 38°4. Elle se plaint de douleurs dans tout le flanc droit, elle a eu quelques frissons et des nausées.

A l'examen, grossesse de cinq mois et demi environ dont le flanc droit est douloureux, sans que l'on puisse d'ailleurs préciser un point plus exquis. Il y a du météorisme. La palpation de l'utérus, légèrement contracturé, est douloureuse : en particulier la pression exercée sur le bord gauche réveille une douleur aiguë à droite. Elle est également constatée *quand on soulève la jambe*. A noter que *cette femme est une grande nerveuse, qui remue sans arrêt, et ne cesse de parler*. Il y a de l'hyperesthésié cutanée et un peu de défense musculaire : le simple toucher de l'abdomen gêne la malade, qui par ailleurs présente un ventre moins souple que normalement.

Devant de pareils signes, on pense à une appendicite. Intervention chirurgicale à 12 heures 30 par le Docteur Ferey, qui trouve un gros appendice malade. Morphine pendant trois jours. Les suites opératoires sont normales.

La malade, qui se surveille, poursuit sa grossesse sans incident, dans un état satisfaisant. Après un travail de six heures, elle accouche normalement d'un garçon de 3 kg. 400 le 26 octobre 1941.

OBSERVATION II (Docteur Nicolleau)

Madame R..., 22 ans, Saint-Malo, primipare.

Dernières règles : 15 septembre 1941.

Cette femme a poursuivi jusqu'au 27 janvier 1942 une grossesse normale. A noter seulement dans ses antécédents des poussées fréquentes de vers intestinaux, qui abattent périodiquement la malade. Sujette « aux vers » dans son enfance.

Le 27 janvier 1942, à 17 heures, Mme R... se plaint brusquement de douleurs abdominales et, présente 29 vomissements. La température est à 37°9, le pouls à 86. A la palpation, douleurs dans

la fosse iliaque droite, et aussi dans le flanc droit. Il y a une certaine défense de la paroi. Le bord droit utérin n'est pas particulièrement sensible, mais la palpation du bord gauche semble accroître *l'irritabilité de la malade, déjà très nerveuse.* On note une contracture utérine discrète, et d'ailleurs difficilement appréciable. *La mobilisation du membre inférieur droit semble par contre l'augmenter. La malade se plaint de douleurs fugaces dans ses deux jambes.*

Mais ce qui semble plus attirant, à première vue, c'est une constipation marquée de la malade jointe à un météorisme appréciable. Si la palpation réveille des douleurs à droite, par contre, spontanément, la malade se plaint de « tout » son ventre. Vu les commémoratifs, on se demande un moment s'il ne s'agit pas de coliques abdominales et d'une pseudo-occlusion dûs à des parasites intestinaux mais, tout compte fait, après un nouvel examen, on pense qu'il s'agit d'une appendicite, et on ordonne le transport en clinique. Intervention, appendicectomie. Morphine 2 jours. Suites opératoires normales.

Il n'y a pas eu d'interruption de grossesse, contrairement à toute attente. L'accouchement s'est produit le 23 juin 1942. Cette femme a eu un superbe garçon de 3 kg. 100, dans des conditions très normales de travail d'accouchement, et de délivrance. Par contre, les suites de couches nous inquiétèrent un certain moment. Cette femme en effet fit pendant 10 jours après son accouchement une température qui nous fit penser à une infection éberthienne. *Mais à notre grande surprise, elle « vomit » après cet intervalle, deux Ascaris ! Purgée elle en rejette soixante de différentes tailles, certains pelotonnés et enchevêtrés, d'autres au contraire isolés. La température tombe le soir même.*

C'est là un cas intéressant d'Ascaridiose. On comprend, vu à ce moment là les commémoratifs et maintenant les suites de couches, qu'on ait pu hésiter un instant pendant la gestation, entre parasitisme intestinal (ascaris ou autres) et appendicite. Le « vomissement » d'Ascaris est la signature-excuse de cette hésitation.

En tout cas, il s'agit peut-être là d'un cas particulièrement intéressant de pathogénie. Si l'appendice trouvé à l'intervention n'était pas vermineux, il n'en est pas moins possible que les Ascaris aient joué le rôle d' « épine irritative », qu'ils soient à l'origine de la crise appendiculaire.

Nous joignons à cette observation trois autres cas d'Ascaridiose de la région de Saint-Malo, pour bien montrer qu'il ne s'agit pas là d'un cas isolé de contamination vermineuse. Nous empruntons ces exemples aux Docteurs FEREY et THIBOUMERY de Saint-Malo (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Tome 69, n° 1 et 2, p. 17).

Trois observations d'occlusion intestinale par Ascaris
par MM. FEREY et THIBOUMERY (Saint-Malo)

OBSERVATION I

L'enfant H... (René), quinze ans, entre le 14 mai 1929 à l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. Dans ses antécédents on relève une très forte contusion abdominale. Trois ans auparavant, en 1926, il était passé sous une charrette et, à la suite de cet accident, avait présenté plusieurs hématémèses. Depuis février 1929 à plusieurs reprises, on avait constaté des signes de sub-occlusion avec syndrome très net de Kœnig. Un transit intestinal et un lavement opaque faits à cette époque n'avaient pas montré de stase ou de sténose. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, coliques intenses, gargouillements, vomissements, température oscillant entre 38° et 39°. Lorsqu'on l'examine le 14 mai on constate que le ventre est très météorisé, qu'il y a de nombreuses anses qui se contractent sous la peau. Il n'a pas rendu de gaz depuis 48 heures. La palpation de l'abdomen décèle un très gros clapotage de la région péri-ombilicale. L'ensant à une bride consécutive à l'accident survenu trois ans auparavant, nous pratiquons une laparatomie sus et sous-ombilicale. L'intes-

tin grêle est moyennement dilaté sur presque toute sa longueur et vers la fin de l'iléon, à 20 cm. du cœcum, on trouve une anse très dilatée contenant à son intérieur une grosse boule, de consistance pâteuse, on extériorise l'anse et à travers la paroi violacée, amincie, on voit de gros lombrics pelotonnés, enchevêtrés. Par malaxation, douce, on arrive à désagréger cette boule et à l'étirer sur 20 à 30 cm. à l'intérieur de la dernière anse. Suture de la paroi abdominale. Au quatrième jour, santonine et purge, élimination d'un grand nombre d'ascaris. Revu en 1935, le malade se porte très bien.

OBSERVATION II

Occlusion aiguë par ascaridiose intestinale. Enfant de 4 ans envoyé le 16 novembre 1942 à l'hôpital de Saint-Malo pour occlusion intestinale aiguë. Le début a été brusque 24 heures plus tôt par des vomissements et des douleurs abdominales. Quand on examine l'enfant, il est très abattu, son pouls est à 120, il n'a pas de fièvre. L'abdomen n'est pas ballonné, mais il est le siège de nombreuses ondulations péristaltiques ; le palper le montre dépressible et permet de percevoir nettement entre l'ombilic et l'épine iliaque droite une tuméfaction dure, prolongée au-dessus par une autre bosselure moins importante. On pense à une invagination, mais le toucher rectal est négatif et c'est sans étiologie précise qu'on intervient par un Jalaguier explorateur. Dès l'ouverture se présente une anse grêle volumineuse, violacée. On l'extériorise facilement. Sous la paroi de l'intestin se dessinent de nombreux pelotons d'ascaris. Il s'agit de la dernière anse grêle. Les pelotons serrés remontent sur environ 30 cm. et viennent buter en bas sur la valvule iléo-cœcale. Leur dissociation n'est pas possible et il apparaît dangereux de s'obstiner. On fait une entérotomie à minima par laquelle on extrait à la pince une centaine d'ascaris (97). L'anse est suturée en deux plans transversalement. La paroi fermée aux crins perdus sans drainage. Les suites, d'abord simples, ont été troublées vers le cinquième jour par un phlegmon de la paroi peu important qui a contraint à une désunion cutanée. Les jours suivants, des ascaris adultes, 2 au sixième jour, 3 le hui-

tième jour et 3 le neuvième jour, ont été cueillis dans la plaie superficiellement désunie, sans qu'il y ait eu issue de liquide intestinal, puis la cicatrisation a repris un cours normal. Un vermifuge administré le dixième jour provoque l'émission de nouveaux vers dans les selles. Par l'interrogatoire ultérieur de la famille et les renseignements fournis par le médecin traitant, on apprend que la veille de l'intervention l'enfant a vomi un ascaris. Il s'agit d'une véritable infestation familiale, car les huit autres enfants, d'ailleurs assez misérablement élevés, ont tous des ascaris.

OBSERVATION III

Il s'agit d'une femme de 52 ans qui entre le 6 décembre 1942 à l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo pour une hernie inguinale gauche, étranglée depuis le matin. En la rasant, vers 16 heures, l'infirmière appuie sur la hernie et la sent brusquement rentrer dans l'abdomen. Nous arrivons à 17 heures 30, et loin de trouver la malade calmée par la réduction de sa hernie, nous la voyons se tordre de douleurs. Elle nous assure que celles-ci sont plus vives qu'avant la réduction. En même temps, les vomissements apparaissent incessants pendant près d'un quart d'heure. La température est à 39°. Pensant que l'intestin rentré avec le sac est resté étranglé, nous intervenons d'urgence. Le sac herniaire est en place, encore un peu œdématié, il n'y a plus rien à son intérieur, nous incisons un peu vers le haut pour vérifier l'état de l'anse étranglée. Celle-ci, dans un effort de toux, s'extériorise spontanément et quelle n'est pas notre surprise en trouvant une anse longue de 15 cm., violacée, très lourde, distendue, et contenant de nombreux et volumineux ascaris que l'on voit par transparence formant une masse oblongue, plus grosse qu'un œuf de poule. Nous pétrissons cette masse pour la dissocier, nous y arrivons facilement. Le lendemain, la malade ne souffre plus, les vomissements ont cessé. Au troisième jour, santonine et purge, évacuation de nombreux ascaris.

Nous avons cru intéressant de signaler ces observations. Deux malades ont pu être guéris par simple dissociation du paquet ascaridien, le troisième a dû subir

une entérostomie. Comment expliquer l'évacuation des ascaris par la plaie abdominale dès le sixième jour après l'opération et la continuation de cette évacuation par la plaie sans qu'il y ait eu ni péritonite, ni réaction péritonéale, ni fistulisation de l'anse opérée ? Nous pensons à la possibilité de l'accolement de l'anse opérée à la paroi abdominale et le passage des ascaris à travers les sutures.

OBSERVATION III (Docteur Nicolleau)

Mme L...., Saint-Servan.

A 18 ans, fait une crise d'appendicite bénigne. La famille refuse l'intervention.

Mariée à 22 ans, en 1937.

Dernières règles : le 2 juillet 1943.

Les débuts de sa grossesse sont pénibles. Cette femme est toujours constipée. Elle a de plus un appétit capricieux, et présente des nausées et des vomissements. Evacuée à la campagne, le 15 novembre, elle fait une nouvelle crise appendiculaire. La médecin conseille l'abstention. Il est possible de lui mettre de la glace pendant huit jours.

Le 22 novembre, elle nous est adressée pour hémorragie interne (avec crise appendiculaire refroidie). Elle expulse en arrivant un œuf complet. Mais la température est élevée 38°9, pouls à 104. On note de l'empâtement de la fosse iliaque droite, mais pas de douleurs nettement accusées (sans doute état d'euphorie après expulsion). Il n'y a pas eu de vomissement depuis son entrée. A part l'empâtement, on ne note pas grand'chose au point de vue abdominal : la femme est somnolente, et ne semble pas réagir beaucoup lorsqu'on palpe prudemment l'abdomen (pas d'hyperesthésie cutanée, ni de défense musculaire nette). Pour ne pas brutaliser l'utérus, on ne s'appesantit pas à la recherche de la contracture, pas plus qu'aux douleurs provoquées par la mobilisation de la jambe droite. Notre opinion est faite : nous pensons à un syndrome

péritonéal « d'origine appendiculaire » (certaine atteinte de l'état général, empâtement de la fosse iliaque, aspect de la malade).

Elle est adressée en chirurgie dès le matin du 23. Le Docteur Ferey intervient, avec obligation de drainage. Suites opératoires satisfaisantes, mais longues. La suppuration met du temps à se tarir. La malade ne sortira guérie de l'hôpital que fin décembre 1943.

OBSERVATION IV (Docteur Brault)

Clinique Saint-Vincent, Rennes, n° 3.589

Mme B..., 19 ans, Rennes, primigeste.

Dernières règles : 9 juin 1933.

Travail probable : fin mars 1934 (19 mars 1934).

Entre en clinique, le 18 mars 1934, donc presque à terme, disons même à terme. Au cours des premiers mois de gestation, il y a eu de l'anémie de début de grossesse, traitée à l'acétylarsan. La gestation a été surveillée ensuite. Il y a eu des douleurs abdominales fréquentes, traduisant des poussées d'appendicite chronique. On n'a noté que deux ou trois vomissements. Constipation habituelle, mais cédant aux laxatifs. Pas de fièvre. Pas de contracture utérine, ni de défense musculaire abdominale. *Par contre, grand nervosisme : la malade est une nerveuse très marquée.*

Le début de la crise qui motive son entrée en clinique remonte au 17 mars, la veille, dans la soirée. Les douleurs sont réguières, mais *il existe un nervosisme invraisemblable*. Toutefois, il semble qu'on se trouve en présence d'une crise légère. On est à terme, et on décide d'attendre l'accouchement, car il est possible qu'une grande partie des douleurs soit due au travail. Le 19, à 12 h. 45, extraction en OIDP d'un fœtus ♀ de 3 kg. 680. Délivrance naturelle et rapide. Membranes dilacérées. Périnée 4 crins. Suites légèrement fébriles. Le septième jour, signes indiscutables d'une appendicite aiguë avec réaction péritonéale généralisée. Opération immédiate (Docteur Marquis). Pus dans le ventre, appendice gros, congestionné, mais non sphacelé. Température normale (congestion). Ovaire gros. Drains. Suites agitées : suppuration, mais guérison.

On doit retenir de cette observation :

1) L'état d'hyperexcication, de grand nervosisme que nous signalerons.

2) La question de l'intervention. On était évidemment à terme, et mieux valait attendre, mais la suite montre l'évolution vers une péritonite généralisée. Une intervention précoce, quand on le peut est donc toujours bien préférable.

OBSERVATION V (Docteur Brault)

Clinique Saint-Vincent, Rennes, n° 3.737

Mme A...., 23 ans, primigeste.

Entrée : le 25 juillet 1934, à six mois et demi, pour appendicite aiguë.

Douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs s'irradient à l'utérus, dont le bord droit est des plus sensibles. Il existe de la contracture utérine, surtout à droite : les contractions utérines sont exagérées par hyperextension de la cuisse. *La malade se plaint de sa jambe droite, qui est lourde, elle a l'impression de « rhumatisme ».*

Alternatives de diarrhée et de constipation.

On n'a pu noter qu'un vomissement.

Température à 38°2.

Il y a de l'hyperesthésie cutanée, mais pas de défense musculaire abdominale très nette. On ne peut toucher l'abdomen de la malade sans s'attirer des protestations immédiates. *La malade est d'une nervosité extrême.*

Devant ce tableau clinique, on pense à une crise d'appendicite aiguë, et on décide l'intervention immédiate. Cette femme est opérée le 25 juillet 1934. Les suites opératoires sont agitées. On note de la paresse intestinale.

Le 1er août, expulsion d'un fœtus de 1.900 gr. qui succombe le lendemain. Suites parfaites du côté maternel.

A retenir de cette observation, l'intervention précoce après diagnostic porté immédiatement. A noter aussi malheureusement l'accouchement prématuré consécutif.

OBSERVATION VI (Docteur Brault)

Mme L..., du Val d'Izé, entrée le 5 juin 1926, pour crise appendiculaire. Cette femme est à terme.

Elle a ressenti, au cours de sa grossesse, plusieurs malaises d'estomac, et a eu un peu d'albumine le dernier mois.

Le 4 juin, dans l'après-midi, elle est prise de douleurs abdominales violentes, prédominantes à droite. Le Docteur Dingé pense à la possibilité d'une crise d'appendicite et conseille le transfert dans une clinique, qui n'est pas accepté (la famille pensant aux tranchées du travail, vu la proximité de l'accouchement). Les douleurs s'accentuent dans la nuit et la malade vomit une fois. Vers 2 heures, le 5, le Docteur Dingé la revoit et ordonne son envoi à la clinique. A son entrée le 5 juin 1926, à 5 heures, douleurs abdominales diffuses, avec maximum dans la fosse iliaque droite. *Sensibilité, hyperesthésie cutanée* et défense musculaire. Au toucher, col long, béant à son orifice externe. Cul-de-sac droit un peu plus sensible que le gauche. Présentation du siège. Température à 37°4. Pouls 85. Faciès bon.

Le tableau clinique étant rassurant, malgré tout, et aucune complication n'étant en vue, on décide d'attendre l'accouchement, d'autant plus que dans la matinée apparaissent des contractions utérines douloureuses. La femme accouche (siège décomplété mode des fesses), spontanément, d'un enfant vivant, à 13 heures 50. Délivrance naturelle et complète. Eraillure superficielle de la fourchette.

Dans les suites, la douleur de la fosse iliaque persiste, mais apyrexie. Sort le onzième jour avec encore un peu de sensibilité de la fosse iliaque droite.

Cette observation montre que les contractions utérines notées n'étaient pas celles de l'appendicite, mais

celles du travail. Leur coexistence en tout cas pouvait fort bien avoir lieu. Le signe de JAWOSKY n'a pas été relevé, peut être aurait-il apporté un éclaircissement par sa présence ou son absence, bien qu'on pensat sans lui au travail.

L'appendicite n'ayant pas été opérée, les risque d'une nouvelle crise subsistent entièrement.

OBSERVATION VII

APPENDICITE ET GROSSESSE

par MM. COURTOIS et MAUVIEL (Saint-Germain-en-Laye)

Si nous publions cette observation qui nous a été communiquée, c'est que la plupart du temps, et c'est le cas ici, les accidents qui surviennent au cours de la grossesse et non en rapport direct avec elle, sont le plus souvent dirigés vers le gynécologue et ne sont pas vus au début par l'accoucheur. C'est là peut-être que la collaboration des deux est nécessaire, à moins que le même homme réunisse les deux qualités.

Par ailleurs, le diagnostic d'appendicite au cours de la grossesse se présente d'une façon assez atypique pour qu'on en puisse parler. Ce cas illustrera parfaitement ce que nous aurons l'occasion de développer dans notre étude, à savoir certains symptômes particuliers chez la femme enceinte.

Cette femme de 43 ans, enceinte de six mois, entre dans le service de chirurgie le 6 avril 1943 pour syndrome péritonéal aigu. Elle a huit enfants vivants et présente depuis un mois quelques douleurs abdominales. La veille ces douleurs sont devenues très violentes et se sont accompagnées de vomissements. Son aspect physique est normal, le visage ne traduit aucune infection, *la malade est très agitée, irritable, elle parle sans arrêt.* Température à 38°2, pouls à 94, tension artérielle 11 1/2-7 1/2. L'examen montre un abdomen plus développé que pour une grossesse de six mois, il respire légèrement dans la partie sus-ombilicale, il est complètement inerte au-dessous. Il est légèrement douloureux, mais avec un maximum dans la fosse iliaque droite. Tendu partout, il existe de

la contracture dans la fosse iliaque droite et dans la région sus-pubienne. L'utérus se contracte par instants, il est tendu en permanence à droite, le déplacement de l'utérus vers la droite détermine une douleur aiguë. L'abdomen est tympanique sauf dans les deux fosses iliaques où il existe une matité déclive.

Le toucher vaginal est douloureux dans les culs-de-sac latéraux, plus à droite. Il n'y a pas de début de travail. L'hyperextension de la cuisse ne détermine pas de douleur abdominale droite. On pense à une appendicite, le Docteur Courtois consulté précise le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire avec lésions annexielles.

On intervient à 22 heures : laparatomie médiane; les anses intestinales sont dilatées, un léger suintement purulent semble venir du côté droit, le dégagement du colon ascendant provoque l'apparition de pus brunâtre. L'ovaire et la trompe droits sont recouverts de fausses membranes et très enflammés. On fait une salpingectomie avec résection d'une portion de muscle utérin, qui permet de découvrir le cœcum et l'appendice. Celui-ci est plaqué sur le bord postéro-latéral droit de l'utérus, il est très augmenté de volume, jaunâtre, perforé en son milieu. Appendicectomie, un drain dans le Douglas, deux drains latéraux, poudre de Septoplix intrapéritonéale.

Les suites opératoires sont assez simples, contre toute attente la malade n'entre pas en travail et le cours de sa vie utérine n'est pas troublé. Les drains sont enlevés le dixième jour, mais il reste une immense perte de substance de la paroi abdominale écartée sur un utérus distendu, de telle sorte que la face antérieure de cet utérus gravide est largement adhérente à la paroi abdominale. Au cours des trois mois qui vont suivre, la plaie va diminuer d'étendue alors que l'abdomen va augmenter.

A terme, autour de l'ombilic, il existe une cicatrice très rétractile, radiée, grande comme une carte à jouer et qui desquame encore, et sous laquelle on sent directement l'utérus intimement attaché.

La malade entre à la Maternité le 1er juillet 1943 à terme. Le problème de l'accouchement se pose, il y a deux solutions :

1) Soit laisser faire l'accouchement, et alors du fait de l'adhérence utéro-pariétale, on risque l'inertie au cours du travail, ou l'hémorragie grave pendant ou après la délivrance et surtout la rupture utérine au cours du travail, le muscle utérin ayant été entamé au cours de la salpingectomie ;

2) Soit la césarienne haute qui ne présente guère d'inconvénients chez cette neuvième pare de 43 ans. C'est la solution que nous adoptons.

Le 2 juillet : césarienne haute avant tout travail. Résection de la cicatrice cutanée, son décollement d'avec l'utérus s'effectue facilement. La matrice est largement adhérente à l'épiploon et à l'intestin. On extrait une fille vivante de 3.340 grammes et un placenta de 420 grammes. Suture de l'utérus.

Les suites opératoires seront fébriles au sixième jour à cause d'un abcès de la paroi dont le trajet se continue vers le fond utérin. La malade sort guérie un mois après son accouchement.

En somme, on pouvait par une étude soutenue faire un diagnostic précoce et juste. Il fallait seulement y penser, comme le dit BRINDEAU.

Quant à la conduite à tenir au moment du terme, elle est certes discutable. Les deux solutions ayant leurs risques, celle qui a été adoptée à permis d'obtenir un enfant vivant; l'autre, si elle avait été choisie, n'aurait-elle pas emporté la mère d'hémorragie ou d'infection ? On ne sait, et c'est pourquoi la solution adoptée semble la bonne.

Cette observation à notre sens tranche bien aussi une question qui a toujours été très controversée, à savoir l'interruption de la grossesse. Ici une appendicectomie pour une appendicite pourtant compliquée n'a amené aucune perturbation au cours normal de la gestation. Cette observation milite nettement en faveur de l'intervention que nous préconiserons d'ailleurs hautement.

OBSERVATION VIII

Ce cas d'une femme enceinte de 6 mois avait été communiqué

à la séance de la « Société d'Obstétrique et de Gynécologie » du 2 février 1900, par le Professeur Pinard. Les symptômes laissaient croire à une fausse-couche.

Résumé. — Le 11 juin 1899, se présentait à la consultation de la Maternité de Beaujon, une femme âgée de 29 ans enceinte pour la sixième fois, et ayant eu cinq grossesses normales, terminées par des accouchements spontanés et à terme; enfants élevés au sein par leur mère et tous bien portants. Elle vient consulter parce que la veille, à 5 heures du soir, elle a été prise brusquement de douleurs violentes dans l'abdomen, suivies, vers 11 heures du soir, de vomissements alimentaires et bilieux. Enceinte de six mois, elle croit, dit-elle, « qu'elle va faire une fausse-couche », et c'est pour cette raison qu'elle s'est rendue directement à la Maternité.

Examen. — Utérus non douloureux à la pression : mais la palpation dénote une douleur et une défense musculaire très vives au niveau de la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal réveille une douleur assez vive au niveau du cul-de-sac latéral droit et dans la portion droite du cul-de-sac postérieur. Langue humide et légèrement blanchâtre, pouls normal, température 37°. Mais dans la nuit qui suivit son entrée, on voit survenir de la diarrhée, des vomissements, des frissons, en même temps que la température s'élève à 38°7. Le lendemain matin, la température redescend à la normale, les phénomènes locaux sont les mêmes, une vessie de glace est appliquée au niveau de la fosse iliaque droite et le régime lacté est seul autorisé. Dans la journée, les vomissements et la diarrhée ne se reproduisent pas; mais les douleurs persistent, sont plus intenses, et la température s'élève à 38°4.

Le 13 au matin, la température est redescendue à 38°2 et le soir elle ne dépasse pas 38°.

Malgré la descente rapide de la température, 38°7, 38°4, 38°, malgré un pouls bien frappé, toujours en rapport avec la température et malgré le bon état général apparent (langue humide, peau souple, faciès coloré, on maintient le diagnostic d'appendicite porté le premier jour.

Le Docteur Bazy est appelé, et quoique ne trouvant que les deux seuls symptômes, douleur localisée et défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite, il décide l'opération pour le jour même.

Opération. — L'abdomen ouvert, il s'en échappe une sérosité louche. Les parois cœcales sont recouvertes de fausses membranes d'apparence purulente, de véritables « couennes ».

L'appendice, situé très profondément, adhère fortement aux parties voisines, et ce n'est qu'après section de son méso qu'on peut le mobiliser.

Attiré à la surface, on le voit apparaître avec une longueur de 10 cm., un diamètre de 2 cm. et une coloration uniforme jaune verdâtre. Il paraît gangréné dann sa totalité, et sa friabilité est telle qu'il se déchire sous la simple pression du fil de soie destiné à le lier. Résection, etc...

Le 20, expulsion d'un fœtus vivant ,qui mourut le lendemain.

Le 2 août, cette femme quitta le Service, en parfaite santé.

En somme, histoire clinique d'évolution classique : appendicite, opération, guérison, mais accouchement prématuré.

De nos jours, l'intervention eût sans doute été plus rapide.

OBSERVATION IX

Elle est encore due à Pinard. Elle nous paraît très démonstrative en ce qui concerne l'appendicite et les occlusions intestinales. La difficulté de diagnostic peut être énorme. Signalons d'ailleurs qu'ici il semble que l'appendice ait joué le rôle d'agent d'occlusion. C'est un fait à retenir.

Femme de 29 ans, entrée le 7 décembre 1899 dans le service de Monsieur le Professeur Terrier, à l'hôpital de la Pitié.

Rien à noter dans les antécédents personnels et héréditaires, habituellement bien portante. Elle n'a présenté jusqu'à ce jour aucune affection aiguë. Elle a déjà eu trois grossesses antérieures. toutes menées à terme, sans accidents.

La grossesse évoluait normalement, quand le 2 décembre au soir, après son dîner, cette femme a été prise d'une sorte de colique abdominale avec malaise général. Ces sensations allèrent en s'accentuant, et le lendemain, les douleurs étaient vives, continuelles, avec exacerbation après les repas. Elles étaient généralisées à tout le ventre, mais avaient cependant un maximum dans

la région de la fosse iliaque droite. Obligée de prendre le lit ce même jour, la malade commence à éprouver des vomissements alimentaires d'abord, puis liquides, mais non verdâtres.

Les jours suivants, les douleurs persistèrent et s'accrurent : les vomissements se répétèrent, jour et nuit, une dizaine de fois dans les 24 heures.

Depuis le début des accidents, la malade n'est pas allée à la selle, et n'a pas rendu de gaz par l'anus.

En même temps, l'état général s'aggravait, et le médecin qui l'avait traitée jusque là, avec des cataplasmes laudanisés, lui conseillait d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, cinq jours après le début des accidents, l'état est le suivant : accélération accusée de la respiration, faciès grippé, yeux cernés, nez pincé, pommettes colorées, lèvres sèches, température à 37°, pouls à 112.

Ventre ballonné, douloureux, mais avec un maximum très net au point de Mac Burney. La palpation dénote une défense musculaire plus acusée à droite et au-dessus de l'ombilic. A la pression, matité à l'hypogastre, conservation de la matité hépatique, sonorité tympanique partout ailleurs. Au toucher vaginal, col gros et mou, remonté ; rien dans les culs-de-sac vaginaux. En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic d'appendicite. Opération pratiquée sous la direction du Professeur Terrier, deux heures après l'entrée de la malade à l'hôpital.

A l'ouverture du ventre, pas de liquide dans la cavité abdominale ; les anses intestinales sont distendues, mais présentent leur coloration normale, et ne sont pas recouvertes de fausses membranes. Au niveau de la partie inférieure du cœcum, on trouve l'appendice qui lui est accolé, se dirigeant obliquement comme un cordon fortement tendu en bas et en dehors, et fixé par son extrémité à la fosse iliaque. Pas trace de phénomènes inflammatoires anciens ou récents. Résection de l'appendice. Guérison.

Examen de l'appendice réséqué : appendice très long, 10 à 11 cm, non augmenté de volume, à parois non épaissies. L'examen histologique de la pièce, fait par le Docteur Bezançon, chef de laboratoire, ne révèle la présence d'aucune lésion.

En somme, au début, médecin et malade ont temporisé, et auraient pu aller au devant des pires dangers.

Le Professeur TERRIER pratique au contraire une intervention précoce (« 2 heures après l'entrée de la malade à l'hôpital »), alors que l'entrée à l'hôpital n'a eu lieu que « 5 jours après le début des accidents ».

S'il s'était agi d'une appendicite vraie plutôt qu'un appendice agent d'occlusion, le tableau et l'évolution auraient certainement été modifiés, mais n'oublions pas qu'il faut toujours intervenir très tôt pour éviter la péritonite septique.

OBSERVATION X

Voici une autre observation intéressante due à PUECH, de Montpellier, et publiée dans la « Province Médicale » du 29 décembre 1906. C'est un magnifique exemple de forme torpide, évoluant traitreusement. Il s'agit d'une appendicite survenue au septième mois de la grossesse, et qui est restée méconnue tout d'abord (prouve la difficulté du diagnostic). Lorsqu'après trois jours, le diagnostic est rectifié (prouve l'intérêt capital d'un diagnostic précoce), et qu'une opération semble nécessaire en raison de la gravité des symptômes, il se produit une accalmie telle que, bien à tort évidemment (mais l'amélioration était si nette), l'idée d'une intervention chirurgicale est écartée.

Moins de 24 heures après, la malade succombe, emportée par une augmentation soudaine du mal (prouve la haute gravité de l'appendicite chez la femme enceinte, surtout s'il n'y a pas d'appendicectomie).

On voit le haut intérêt que revêt cette observation. Elle mérite bien se placer dans ce travail, à titre d'enseignement salutaire.

Jeune femme de 25 ans. Enceinte pour la première fois, Madame G... est arrivée au septième mois de sa grossesse. Elle a toujours joui d'une bonne santé, et a conduit jusque là sa grossesse sans le moindre incident.

Quand je la vis, le lundi, pour la première fois, je recueillis

les renseignements suivants : dans la nuit du vendredi au samedi, Mme G... qui avait dîné la veille au soir comme d'habitude fut prise de nausées et de vomissements, avec douleurs dans le bas-ventre. Ces phénomènes persistant, on fit appeler le médecin traitant qui tout d'abord, en raison des douleurs abdominales, pensa à un accouchement prématuré. Mais comme l'utérus restait souple, et que le col n'avait subi aucune modification, comme d'autre part, l'état général paraissait satisfaisant, mon confrère s'arrêta à l'idée d'une simple indigestion, et prescrivit les moyens usités en pareils ventre douloureux présente un peu de ballonnement et si les vomis-ventre douloureux présente un peu de ballonnement et les vomissements ont disparu, les nausées persistent toujours. Par contre, le lundi matin la situation est devenue beaucoup plus grave ; il y a eu quelques vomissements verdâtres, le ventre douloureux est manifestement ballonné ; depuis le début des accidents, la malade n'a rendu ni matières ni gaz. C'est alors que, pensant à une occlusion intestinale, le médecin me fait demander.

Après avoir recueilli les renseignements qui précèdent et examiné la malade, je conclus à une appendicite. Le pouls est à 116, la température qui n'a pas été prise jusque là est de 38°,2, les traits du visage sont altérés, la respiration fréquente ; le ventre offre de la douleur dans toute son étendue, mais particulièrement au niveau du bord droit de l'utérus où il existe une contracture des muscles de la régioin. L'exploration de l'utérus montre le fond à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le col a conservé toute sa longueur ; la tête fœtale plonge dans l'excavation. Devant cet état de choses, jugeant qu'une intervention était nécessaire, je la demandai à la famille.

Lorsque le lendemain à huit heures, Monsieur le Professeur Estor, le médecin de la famille, et moi, nous nous trouvâmes réunis auprès de la malade, la situation avait complètement changé : dans la nuit il y avait eu deux abondantes évacuations intestinales dans lesquelles on retrouvait des lentilles mangées au repas du vendredi soir ; et, à la suite, une véritable détente s'était produite. Je crus, je l'avoue, que nous avions partie gagnée. Nous fûmes, en tous cas, unanimes pour rejeter l'opération qui, la veille au soir, nous semblait indispensable.

L'après-midi et la première partie de la nuit qui suivit, semblèrent confirmer notre impression favorable. Tout à coup, sur le matin, la malade est reprise de douleurs très vives dans le bas-ventre, et de vomissements avec sueurs froides et sensation de défaillance. On courut chercher le médecin qui trouva une femme absolument agonisante : quand à sept heures du matin, mandés à notre tour, nous arrivâmes, Monsieur Estor et moi, la malade venait de succomber.

OBSERVATION XI

(Lemeland, in « Médecine Internationale Illustrée », (1929).

Cette observation est citée ici pour bien mettre en relief la pauvreté des symptômes en certains cas. On pourra se trouver très embarrassé. Souvent, comme ici, on ne devra jouer que sur un seul signe bien déterminé.

Femme enceinte de trois mois, pas de troubles de gestation. La température quotidienne oscille de 36°,8 à 37°2.

Un soir, le mari, médecin, constatant 37°7 avec une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite, nous appelle avec un de nos maîtres, chirurgien.

Rien ne permet de faire un diagnostic, sauf la contrracture utérine.

Mise en observation, la malade présente le lendemain un état normal : température : 36°,8, pouls : 80, légèrement accéléré sur l'habitude (70) et la même contracture utérine.

Ceci décide à pratiquer l'opération.

On trouve un appendice surdistendu par le pus. Sa paroi est réduite à l'état de pelure d'oignon, et, enlevé avec précaution, il se rompt quand on le met sur le plateau : il contenait un verre à liqueur de pus.

Guérison et la grossesse va à terme.

OBSERVATION XII

Lemeland, in « Médecine Internationale Illustrée ».

Cette observation montre autant la soudaineté de la crise appen-

diculaire que l'admirable parti qu'on a pu tirer d'une intervention précoce.

Femme enceinte de cinq mois et demi, aucun trouble, se rend à deux heures de l'après-midi chez son médecin, qui lui fait un traitement anti-spécifique, et revient à pied chez elle.

A cinq heure, elle me fait appeler pour une violente douleur abdominale. Je constate les symptômes d'une péritonite aiguë et une contraction permanente de l'utérus.

Nous opérons d'urgence et nous trouvons un appendice tuméfié, en voie de gangrène.

Ablation, guérison. La grossesse va à terme.

OBSERVATION XIII

Due à l'obligeance de Monsieur le Docteur Didier

Madame X..., primipare.

Dernières règles, 12 avril. A eu quelques vomissements le 22 avril. Le 4 juillet 1929, utérus gros comme trois mois, col long, vaginite granuleuse, leucorrhée, œdème prétibial.

Le 4 novembre, douleurs à forme de coliques.

Le 6, on note un utérus contracturé avec douleurs diffuses, mais plus marquées à droite, dans la fosse iliaque droite.

Le 7, température : 37°3, pouls : 120 ; l'utérus est toujours en état de contraction permanente ; pas de vomissement.

Intervention, césarienne, hystérectomie, appendicectomie : appendice gangrené à la base et perforation. Mickulicz.

Très bonnes réactions générales et locales.

Décès le quatrième jour, dû à l'insuffisance hépatique et cardiaque.

Nous avons cité cette courte observation pour souligner qu'à côté des symptômes classiques, on peut noter la présence de signes atypiques (œdème prétibial) dus à des affections surajoutées (insuffisance cardiaque). Il s'en dégage souvent un ensemble touffu, duquel peut

se dégager difficilement le tableau appendiculaire, d'autant plus que certains symptômes du trépied appendiculaire peuvent même faire défaut (ici, pas de vomissement).

En outre, au point de vue indication opératoire, une insuffisance cardiaque assombrit les chances de succès, par la fragilité de la malade. Ici, l'intervention, d'ailleurs très mutilatrice n'a pas été supportée.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC POSITIF DE L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Quand une appendicite évolue chez une femme enceinte, celle-ci a beaucoup plus de mauvais risques que n'en aurait une femme non enceinte. La masse de l'utérus gravide, masse grosse, masse qui grossit, ne peut pas ne pas faire mauvais ménage avec le foyer infectieux plus ou moins bien limité qui est son proche voisin. Aussi la coexistence d'une appendicite et d'une grossesse pose-t-elle, en général, des problèmes angoissants, dont nous allons essayer d'exposer le plus clairement possible les éléments de façon à nous frayer assez facilement un chemin vers la solution de ces problèmes souvent épineux.

Disons de suite que malgré la constipation dont souffrent les femmes enceintes, et la colibacillose fréquente chez elles, la grossesse ne semble pas prédisposer à l'appendicite. Une femme sur mille environ a une crise caractérisée, plus pendant la grossesse que pendant les suites de couches, et elle débute à toute période de la gestation, les cas les plus graves étant ceux des derniers mois.

Il est même étonnant qu'on ne voie pas plus de cas d'appendicites chez les femmes enceintes. Plus souvent atteintes de constipation, et par suite de colite, beaucoup plus exposées aux diverses lithiases, et pendant la

période génitale de la vie, soumises fréquemment aux poussées de congestion pelvienne que provoque la puberté, la menstruation, la grossesse, sans compter toutes les congestions pathologiques par inflammation de l'utérus et des annexes, les femmes enceintes retrouvent dans ces multiples causes des éléments favorisants de l'appendicite. Mais chez elles, la phase latente, la période que l'on a reconnue habituelle à tous les débuts d'appendicite et qui se manifeste seulement par des douleurs fugaces, par de vagues troubles digestifs, peut se poursuivre beaucoup plus longtemps, presque indéfiniment, quand ne survient pas une cause accidentelle qui déclenchera la crise aiguë.

En tout cas, les crises d'appendicite sont toujours graves chez la femme enceinte, qu'elles soient nettes ou frustes. « Personne ne peut plus ignorer la gravité de l'appendicite chez la femme enceinte; il ne faut pas considérer, que chez elle et chez l'enfant, les douleurs du ventre sont banales et sans gravité : c'est avec une pareille simplicité d'esprit qu'on laisse mourir bien des enfants et bien des jeunes femmes », écrit le Professeur H. Mondor (Diagnostics urgents — Abdomen).

Il faut noter en effet au cours de la grossesse la fréquence des formes torpides évoluant traitreusement en plusieurs temps, et aboutissant sous le couvert d'une symptomatologie trompeuse, toujours un peu anormale et un peu troublée à des lésions graves pour l'enfant, et très souvent funestes en même temps à la mère.

On n'a pas à se demander ici si les deux phénomènes : gestation et appendicite, ne font que coïncider, ou si le premier a une action évidente sur le développement du second. Qu'on se rappelle, pour méditation seulement, l'observation signalée par Tuffier d'une malade qui eut trois crises d'appendicite, chaque crise au cours d'une grossesse, et jamais rien dans l'intervalle des gestations !

Cependant, l'appendicite se présente à ce moment sous ses formes ordinaires, et si elle est souvent difficile à reconnaître, ce n'est pas que la symptomatologie en soit profondément modifiée, mais parce que les circonstances dans lesquelles elle éclate sont telles que d'autres hypothèses se présentent immédiatement à l'esprit, et la rejettent au second plan. Or « il faut y penser » dit BRINDEAU, et TERRIER fait la même remarque judicieuse. On ne le répètera jamais suffisamment.

Disons tout d'abord qu'il faudra tenir le plus grand compte des antécédents de la malade et que l'appendicite devra être spécialement soupçonnée à la moindre alerte péritonéale, chez toute femme enceinte ayant eu avant sa grossessse ou au cours des grossesses antérieures, des crises appendiculaires.

ETUDE DES SYMPTOMES

Nous retrouverons tout le cortège habituel de l'appendicite. On l'a déjà signalé. « Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la grossesse ne déforme pas dans ses lignes générales le tableau clinique de l'appendicite » écrit PÉNARD dans sa thèse (Paris, 1912). Mais il s'y ajoute des éléments nouveaux, que nous verrons.

La crise d'appendicite aiguë,non compliquée, débute assez brusquement. La douleur siège dans la fosse iliaque ou dans le flanc droit; elle peut irradier le long de l'épiploon jusqu'à l'épigastre, le long des nerfs du plexus lombaire ou encore à l'utérus. C'est donc dans le flanc droit que siègle la douleur maxima, plus que dans la fosse iliaque droite, mais souvent les irradiations sont plus marquées que la douleur initiale et l'attention est de suite attirée sur l'épigastre ou sur la zone péri-

ombilicale qu'occupe l'utérus. C'est par le palper qu'on s'efforcera de préciser nettement le siège de la douleur. On cherchera le point de MAC BURNEY. Il ne se trouvera plus ici à mi-distance entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure, mais plus en haut et plus en arrière que normalement. Il se trouve en fait où il doit être, c'est-à-dire là où le globe utérin en se développant a refoulé cœcum et appendice. Cette situation haute pourra le faire confondre avec un point vésiculaire. Il faut bien s'en garder. Sans compter que cœcum et appendice étant ainsi soulevés, les signes de péritonite plastique ou d'abcès, éventuellement auront aussi une localisation anormale. Cette localisation haute n'empêcha cependant pas WEBER (Deutsche Zeitsch f. Chirurgie, XCIII) de faire le diagnostic d'appendicite chez une femme enceinte qui présentait avec un symptôme de fièvre, de douleurs et de vomissements, une tumeur dure et douloureuse dont le pôle supérieur effleurait le bord inférieur du foie. L'opération montra qu'il s'agissait d'un abcès péri-cœcal enkysté dans les adhérences.

Donc, palper en situation cœcale haute. Il peut se trouver que cette région ne soit pas plus douloureuse que le reste de l'abdomen. On remonte alors vers le rebord costal : la palpation est un peu plus sensible. On descend vers l'utérus, elle est plus sensible encore. *C'est le bord droit de l'utérus qui est sensible,* si manifestement, si exclusivement, qu'on pense à une affection utérine, BRINDEAU *réveille la douleur à droite par une pression sur le flanc gauche de l'utérus* : ce signe est très important. Dans nos observations, nous l'avons recherché avec succès.

Les signes, au niveau de l'utérus, peuvent tout masquer. Certaines femmes ont l'utérus irrité et cette irritation détermine *des contractions qui prennent un type douloureux.*

Dans certains cas, les contractions sont sub-intran-

tes, l'utérus est ligneux, on pense à une hémorragie rétro-placentaire. Il peut y avoir de la tension utérine ou par crises espacées ou en tétanisation persistante : le médecin peut croire alors à des tranchées : les multipares croient aux coliques du travail (SZILAGYL), et à un accouchement imminent. On fait un toucher et on peut alors constater un col nullement dilaté.

Le groupement des petits signes accessoires que nous étudierons ne suffit pas toujours à mettre un terme à cette incertitude. BRINDEAU, DEMELIN et DEVRAIGNE conseillent de pratiquer *l'examen dans le décubitus latéral gauche,* afin de comprimer par l'utérus gravide le côlon descendant, d'où les gaz refluent vers le cœcum en réveillant la douleur appendiculaire : c'est toutefois un signe inconstant.

FRAENKEL, en tout cas, a aussi recommandé l'examen dans le décubitus horizontal sur le côté gauche, qui facilite grandement la recherche de la défense musculaire, et de façon plus générale, l'appréciation de l'état local. L'étude dans cette position devra donc obligatoirement être comprise dans tout examen : c'est indispensable. On s'en trouvera d'ailleurs très bien, car à une période avancée de la grossesse, la principale difficulté du diagnostic positif est l'examen local de la région. Le voisinage de l'utérus gravide, surtout lorsqu'il est incliné à droite, empêche souvent toute exploration de la fosse iliaque et du flanc droit, Ici, la latéroversion de l'utérus ne gênera plus.

La défense musculaire peut exister, mais des conditions mécaniques liées à la présence de l'utérus nous l'avons vu, peuvent rendre son appréciation difficile. Pas de résistance musculaire, pas d'hyperesthésie cutanée, voilà le refrain qu'on lit dans bien des histoires cliniques, du moins dans celles où les auteurs ont bien voulu consigner les symptômes observés. En tout cas, chez deux femmes au moins, nous avons trouvé ces deux

symptômes réunis (cf. observations). Mais nous disons simple défense musculaire. La « contracture », ce « maître-symptôme » de toute péritonite, manque assez souvent. « Puisqu'il n'y a pas de contracture, comment serait-ce une appendicite ? », disait un peu iégèrement à VIGNES le chirurgien consulté.

Pour expliquer son absence, SEGUY invoquait l'écartement des muscles droits et la situation profonde du cœco-appendice pendant la gestation. L'examen pratiqué chez la femme couchée sur le flanc gauche, position favorisant la déplétion de la moitié droite de l'abdomen, nous le répétons, facilite beaucoup l'appréciation d'une contracture segmentaire et discrète.

Mais bien plus souvent ce qui ne peut manquer de polariser l'attention et de l'orienter faussement, c'est, jointe, à cette douleur utérine déjà si trompeuse, *une contracture utérine nette et permanente* (Armand LEGROS, Thèse Paris, 1936). « Le signe de la contraction permanente de l'utérus comme diagnostic précoce de l'appendicite au cours de la gestation (forme insidieuse ou torpide). Ce signe semble assez constant : il existe dans l'observation de COURTOIS. Sa constatation, même isolée, doit nous mettre en état d'alerte et nous faire guetter l'apparition du premier symptôme, soit digestif, soit autre, qui déterminera l'intervention immédiate. VIGNES et VAUDESCAL en font un signe important d'appendicite, tandis que pour SÉGUY, la contracture dénoncerait seulement le péritoine sans préjuger son origine. Quelle que soit l'interprétation adoptée, il reste que les deux signes majeurs d'appendicite, la douleur et la contracture, peuvent être masqués ou absents, et ceci plonge dans le plus grand embarras.

Inconstante encore, et sans grande valeur, est l'exagération de la douleur par les mouvements fœtaux, signalée par SÉGUY.

Il est au contraire un excellent signe que notre Maî-

tre, le Docteur NICOLLEAU et nous-même avons toujours recherché avec succès. Il présente une grosse importance pour le diagnostic. Habituellement peu recherché, nous nous sommes étonnés de la pauvreté documentaire à ce sujet, et nous allons insister sur ce point. Il pourra en tout cas aider considérablement à venir à bout de bien des hésitations, et peut-être sera-t-il pour beaucoup la clé du diagnostic.

Toutes les fois qu'il y avait une contraction utérine douloureuse, la malade se plaignait de sa cuisse et de sa jambe droites, et toutes les fois qu'on remuait le membre inférieur droit, par hyperextension de la cuisse (en soulevant le membre ou, la femme étant debout et appuyée sur la jambe gauche, en portant la jambe droite en arrière), *l'utérus devenait douloureux.* Il s'agit donc d'une douleur irradiée de l'utérus au membre inférieur, avec réveil des contractions par mobilisation du membre.

Il y a peu de littérature à ce sujet. JAWOSKY a signalé cet accroissement des douleurs abdominales par le soulèvement du membre inférieur droit. C'est le même signe modifié. En hommage à cet auteur, on peut donc appeler cette impotence douloureuse du membre inférieur droit, *le signe de la jambe, ou signe de* JAWOSKY. Il est également signalé, mais sans autre importance par LEMELAND. Seuls, BRINDEAU et VIGNES s'y arrêtent longuement.

Dans nos observations, ce signe était constant, dans sa forme la plus fruste il est vrai en certains cas. Il n'en reste pas moins vrai qu'il pourra servir à beaucoup de praticiens pour le diagnostic même à l'état d'ébauche. Il ne faut pas s'attendre en effet à enregistrer des douleurs intolérables de la jambe droite, ou à réveiller une tempête de contractions par la mobilisation de la jambe. On notera simplement le fait de cette curieuse irradiation, qui, nous le répétons, nous a servi

utilement. Cependant, en dépit d'un examen minutieux, les caractères de la douleur initiale suffisent rarement à orienter le diagnostic. Force est de recourir à d'autres symptômes.

En même temps que la douleur, moins nette et en position plus élevée que normalement, on notera des symptômes gastro-intestinaux; les nausées, les vomissements qui s'observent dans 50 % des cas, l'arrêt des matières qui est fréquent. Le tableau se rapproche sensiblement chez les femmes enceintes, de celui d'une pseudo-occlusion intestinale ou même occlusion vraie (voir observation IX). Nous reviendrons sur ce point à propos du diagnostic différentiel.

Dans nos observations, la constipation était la règle. Nous avions classiquement affaire aux trois symptômes cardinaux, du trépied appendiculaire : douleurs, vomissements, constipation. A ces trois symptômes majeurs s'ajoutaient bien entendu de nombreux signes accessoires susceptibles d'orienter le diagnostic.

La fièvre est en général modérée, mais elle peut être élevée. Dans nos observations, elle gravitait autour de 38°. Si l'on enregistre de brusques poussées thermiques, il faut se méfier d'une complication, à type péritonéal, perforation avec péritonite septique.

Henri VIGNES signale de fortes températures, tandis que DUBRISAY et JEANNIN parlent de « température en général peu élevée ». En tout cas, symptôme mineur en l'occurence, la fièvre ne peut infirmer le diagnostic. Il faut en tenir compte, et la considérer comme un guide des plus précieux.

L'accélération du pouls est la règle, mais certaines appendicites, bloquées par l'utérus gravide, dans un coin de la fosse iliaque, ne déterminent pas de tachycardie.

A leur degré le plus élémentaire, tous les symptômes énumérés ci-dessus donnent l'impression d'une indigestion ou d'une crise de constipation ou d'un épisode banal

de vomissements gravidiques. Devant une constipation douloureuse avec fièvre, on doit penser à l'appendicite. Une personne constipée, plus constipée encore depuis qu'elle est enceinte, fait une crise d'appendicite pendant sa gestation. On croit devoir ne pas opérer, on refroidit et puis, après plusieurs jours, on essaie d'évacuer l'intestin; laxatifs, purgatifs, rien n'y fait.

C'est une suite d'appendicite, presque l'équivalent d'une crise : il y a là les effets additionnés d'une constipation constitutionnelle, d'une constipation gravidique et, surtout, d'une constipation appendiculaire inflammatoire, qui explique cette incoercibilité.

Des vomissements trop incoercibles, un peu de fièvre, le ventre sensible, ce ne sont pas des vomissements gravidiques, ce sont des vomissements appendiculaires. Il faut toujours avoir cette notion présente à l'esprit. Elle rendra service dans beaucoup de cas.

A noter aussi l'extrême irritabilité des femmes enceintes atteintes d'appendicite, déjà nerveuses par leur état gravidique. L'observation du Docteur Courtois et la plupart des nôtres montrent bien *le nervosisme : malades agitées et parlant sans arrêt.* Ce critère est des plus intéressants.

Comment évolue la crise aiguë ? La crise aiguë simple dure deux à trois jours. Son évolution peut être la même qu'en dehors de la grossesse, c'est-à-dire :

— soit la résolution, sans péritonite plastique cliniquement appréciable,

— soit la production d'un plastron évoluant ou non vers la suppuration,

— soit enfin l'évolution vers la péritonite généralisée.

Il ne faut pas oublier que la grossesse rend la crise appendiculaire particulièrement grave.

1) La formation de pus est très précoce : les con-

ditions biochimiques qui rendent la colibacillose si fréquente pendant la grossesse, la congestion des vaisseaux pelviens et abdominaux, l'hypervagotonie gravidique interviennent, sans doute, dans cette évolution défavorable. Un phénomène curieux a aussi été invoqué, à savoir la possibilité de la transformation déciduale de la muqueuse appendiculaire.

2) L'ascension de l'utérus gravide, la mobilisation brusque de l'utérus dans la cavité abdominale qui se produit au cours de nombreux mouvements, tout cela gêne la formation d'adhérences protectrices autour du foyer appendiculaire.

3) Une péritonite est d'autant plus grave que le point de départ, le foyer initial est plus haut situé : or, assez souvent, la région cœco-appendiculaire s'élève dans l'abdomen au fur et à mesure que l'utérus gravide se développe.

C'est pour toutes ces raisons que la mortalité des appendicites aiguës au cours de la grossesse, surtout en cas de diagnostic traînant par incertitude de début, reste encore assez élevée de nos jours, malgré l'intervention. Et le nombre des cas graves est d'autant plus élevé que la grossesse est plus avancée.

Peut-on soupçonner la formation d'un abcès appendiculaire ? Cette question revêt une grosse importance dans la pratique. On le peut généralement.

Il se traduit par le fait que la crise dure, par l'intensité des douleurs, par l'arrêt des gaz, par un plastron, par l'élévation de la température et l'accélération du pouls, et par l'hyperleucocytose (rarement recherchée dans la pratique courante). Le plastron est parfois difficile à apprécier. Toutefois le toucher rectal peut ici rendre bien des services. Il ne faudra donc pas le négliger, et s'en servir autant qu'en dehors de la grossesse.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur la péritonite appendiculaire généralisée, qui est généralement tapa-

geuse et qu'un cortège de symptômes alarmants mettra bien en évidence. Parfois cependant, et là réside tout le danger, elle est insidieuse, très insidieuse même, dans les débuts surtout, lorsqu'elle est à un stade qu'on pourrait appeler péritonite généralisée droite, c'est-à-dire anses droites enflammées, signes cliniques à droite et imminence de généralisation.

Signalons aussi que très souvent la crise d'appendicite aiguë détermine l'interruption de la grossesse (Cf. nos observations). L'interruption est d'autant plus probable que la crise est plus grave, et *elle est moins fréquente si l'on opère que si l'on n'opère pas* : SCHMID dans les cas opérés relève 12 % seulement d'interruptions et 25 % dans les cas non opérés. L'intervention est donc indiquée dans l'immense majorité des cas, et c'est ce que nous préconiserons.

On a même vu des gestations se poursuivre après des appendicites extrêmement graves, opérées de façon complète ou simplement incisées et draînées (Cf. observation du Docteur COURTOIS très démonstrative à cet égard).

Quand elles se produisent, les interruptions peuvent être dues à une mise en œuvre de la contractilité utérine par un réflexe, par la fièvre, ou par une intoxication mal définie. Elles peuvent être dues, plus directement encore, au processus infectieux : il faut savoir que les crises appendiculaires les plus bénignes en apparence s'accompagnent d'un état septicémique passager; de ce fait l'enfant peut être infecté par voie placentaire et il peut mourir « in utéro » de cette infection, ou bien c'est la caduque qui s'infecte et il en résulte alors une endométrite évoluant pour son propre compte et qui, au bout de quelques jours, ou de quelques semaines au plus tard, interrompra la gestation.

Quels sont maintenant les signes de l'appendicite chronique au cours de la gestation ? Les états que l'on

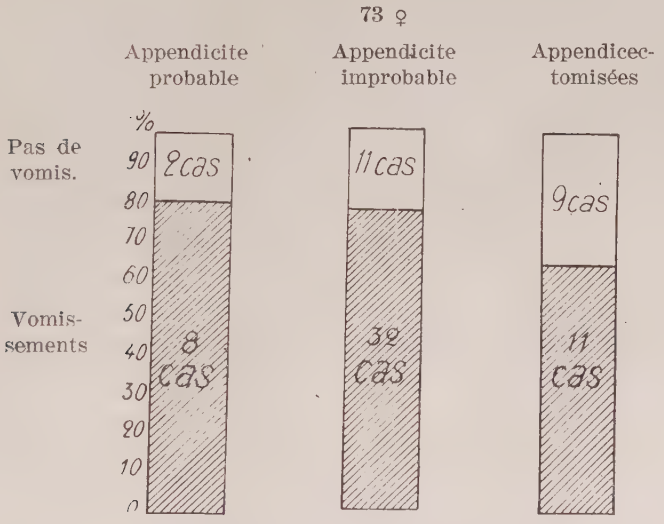
attribue à une appendicite chronique ne sont pas rares au cours de la grossesse, qu'il s'agisse d'un état permanent ou qu'il s'agisse de petites crises à rechutes fréquentes. Cette appendicite est souvent méconnue par le fait d'une symptomatologie trompeuse. On peut ainsi rencontrer une forme douloureuse, une forme colitique, une forme épigastralgique, une forme émétisante, formes qu'il est parfois difficile de rattacher à la vraie cause. On se dit : Pourquoi cette douleur ? Pourquoi cette colite rebelle ? Pourquoi cette épigastralgie ? Pourquoi ces vomissements ? Et l'on ne pense pas toujours à l'appendicite. Or l'appendicectomie est susceptible de guérir ces états.

La forme émétisante est particulièrement trompeuse. Des vomissements « trop » incoercibles, un peu de fièvre, le ventre sensible, ce ne sont pas des vomissements gravidiques, ce sont des vomissements appendiculaires, répétons-le.

Certains auteurs ont même été très loin dans cette voie. C'est ainsi que DELAGENIÈRE a rapporté, en 1914, cinq cas d'appendicite chronique subaiguë, qui avaient causé ou entretenu des vomissements au début de la gestation, et dont l'opération avait guéri les vomissements. Il considère ces vomissements comme dûs à des réflexes et les rapproche des vomissements liés à des rétroversions ou à des kystes ovariens. DE LEE dont on connaît l'expérience et l'érudition, et qui fait autorité en la matière, signale, à ce propos, qu'il n'a jamais vu de fait de cet ordre, mais ne les révoque pas en doute. CAPLESCO et TOUPET ont montré que, bien souvent, des vomissements graves relevaient d'une appendicite fruste, ne se manifestant que par un peu de sensibilité abdominale et une fièvre modérée. ANTOINE de son côté a observé plusieurs cas de vomissements répétés au début d'une grossesse qui ont cessé après appendicectomie. Avant eux le Professeur PINARD n'enseignait-il pas que les vomissements répétés dans un début de grossesse douloureuse, sont le fait d'une lésion appendicu-

laire. Le mécanisme des vomissements ou de leur accentuation du fait de l'appendicite chronique concomitante s'explique aisément, si l'on se souvient des réactions vago-toniques au cours de l'appendicite chronique bien étudiée par ENRIQUEZ.

Henri VIGNES écrit que lorsqu'un chirurgien parle d'une maladie gravidique causée par une lésion chirurgicale, les accoucheurs ont tendance à affirmer que le chirurgien a eu l'occasion d'observer seulement certains cas graves et fortuits. Aussi s'est-il donné la peine, mis en éveil par le mémoire de TOUPET, de faire une statisque dans sa clientèle personnelle. Ayant recueilli de parti pris des renseignements sur ce sujet, voici quelles sont ses conclusions pour une petite statisque de 73 cas :



Statistique d'Henri VIGNES indiquant la fréquence des vomissements suivant que l'appendicite était probable, qu'elle était improbable ou que la femme a été appendicectomisée.

1°) Dans 10 cas, le diagnostic d'appendicite avait été soupçonné ou fait de façon certaine : 8 fois la femme a eu pendant sa gestation, des vomissements ou

des nausées; 2 fois elle n'en a pas eu (soit 80 % de vomissements).

2°) Dans 43 cas, rien n'autorisait à penser à l'existence d'une appendicite : 32 fois il y a eu des vomissements, et 11 n'en avaient pas (soit sensiblement 80 % également de vomissements).

3°) Chez les appendicectomisées, on note 9 cas sans vomissements, et 11 avec (soit 65 % de vomissements).

Le diagnostic de l'appendicite chronique est parfois difficile. L'examen du sang ne peut donner ici de renseignements en faveur de l'appendicite, car il existe une leucocytose polynucléaire constante au cours de la grossesse. D'ailleurs pratiquement cet examen n'est jamais fait. La radiologie, plus courante, pourra permettre de localiser la douleur à l'appendice. Enfin ANTOINE et MARTEL conseillent de soumettre la femme enceinte à un traitement d'épreuve pour voir s'il s'agit d'une appendicite ou d'une colite. On règlera son intestin par un régime de fruits, et de légumes verts; on la désinfectera par la prescription d'une ou deux cuillerées à soupe d'un mélange de bismuth, kaolin et magnésie, pris le matin à jeun dans un verre d'infusion de pruneaux ou de graines de lin et par la prise d'une ou deux cuillerées à soupe d'huile de paraffine au dîner. L'intestin étant bien réglé et désinfecté, si la douleur persiste avec les nausées, on sera en droit de poser le diagnostic d'appendicite chronique.

Il n'est pas indifférent d'arriver à un diagnostic exact; car le développement de l'utérus amène fatalement le refoulement du cœcocôlon et, s'il y a eu des crises aiguës antérieures, s'il y a eu constitution de périviscérite et d'adhérences péri-appendiculaires, on comprend que le tiraillement de ces lésions anciennes puisse ne pas aller sans dégâts. D'autre part, il arrive que des accidents aigus puissent se manifester après l'accouchement.

Nous espérons avoir fourni suffisamment, et aussi complètement que possible, les principaux éléments d'un diagnostic positif précoce et solide. Malheureusement nous allons voir surgir avec inquiétude diverses affections, génitales ou non, qui vont nous plonger pour le diagnostic dans la plus grande perplexité, en empruntant un tableau clinique analogue. Il va donc falloir les discuter une à une, et passer en revue une bonne partie de la pathologie au cours du diagnostic différentiel, qui reste, somme toute, le point crucial de cette étude.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Tout le problème repose en fait sur le diagnostic différentiel. C'est ici qu'il importe de discuter, plus que jamais, de supputer les chances d'exactitude du diagnostic, en songeant aux affections qui peuvent prêter à confusion. Il y en a une pléïade, mais malgré leur grand nombre, nous allons cependant les passer tous entièrement en revue, afin de brosser une étude très complète de la question. Le but qu'on se propose en vaut bien la peine : il ne nous est pas indifférent que le diagnostic d'appendicite soit aussi sûr que possible, malgré l'intrication des divers symptômes qui nous placeront plus d'une fois dans le plus grand embarras. Cela c'est une question pratique, un problème qui peut surgir. Pouvoir donner matière à la clé du diagnostic, tel est ici notre intention.

Le diagnostic d'appendicite est si difficile qu'il arrive dans la plupart des cas qu'on pense à une colite, à une pyélonéphrite, à une colique néphrétique, à une menace d'avortement, à une hémorragie rétro-placentaire, à une cholécystite, à des névralgies lombo-abdominales, au gros ovaire douloureux, à la salpingite, au kyste de l'ovaide tordu, à la grossesse tubaire extra-utérine, au fibrome enclavé, aux pseudo-occlusions intestinales ou aux occlusions vraies, voire aux vomissements incoercibles et à la constipation gravidique, et quelques autres que nous verrons, et qu'on ne soit même pas effleuré par l'idée de l'appendicite. On n'y pense

jamais : ce diagnostic serait-il trop simple au milieu du tableau impressionnant que nous avons alors l'occasion de constater ? Pourquoi penser au compliqué avant le simple ? Pourquoi s'égarer dangereusement dans de faux diagnostics, alors que l'appendice atteint implore le chirurgien ?

Avant de discuter les diverses affections utéro-annexielles plus directement en rapport avec les symptômes appendiculaires habituellement observés, nous allons d'abord examiner les syndromes et les maladies non génitales pouvant prêter à confusion avec l'appendicite.

A) Affections non génitales.

1) Parmi toutes les affections citées, il en est une avant tout qui doit retenir longuement notre attention : nous avons nommé la pyélo-néphrite. C'est avec elle généralement que le diagnostic sera le plus hésitant, disons même angoissant. C'est une affection rentrant plus spécialement dans le cadre obstétrical, et susceptible au cours de la grossesse d'en imposer pour de l'appendicite. La pyélonéphrite droite (dans l'immense majorité des cas, fort malheureusement, l'affection siège à droite), incontestablement plus fréquente que l'appendicite, est en effet fort difficile à différencier. Les « mauvais bergers » prennent, volontiers, prétexte des douleurs d'une pyélonéphrite pour proposer une appendicectomie. La pyélite est incontestablement plus fréquente que l'appendicite. Sa fréquence est telle que toute femme enceinte avec fièvre et douleurs dans le flanc doit être soupçonnée de pyélonéphrite. Il faut toujours y penser en présence de ce tableau (douleurs vives, vomissements, élévation brusque de température et sensibilité extrême du flanc droit) chez une femme enceinte et en premier lieu, on recherchera la douleur plus haute que dans l'appendicite, siégeant aussi en

arrière. La douleur de la pyélite siège à la région lombaire et au flanc, les points douloureux que le palper révèle sont, de haut en bas : le point costo-vertébral, le point para-ombilical, le point iliaque, et enfin le point latéro-vésical. En même temps le palper bi-manuel de la région rénale montre la distension du bassinet.

Dans l'appendicite, la douleur est plus bas située : elle siège au flanc et dans la fosse iliaque. L'irradiation est urétérale en cas de pyélonéphrite et épigastrique en cas d'appendicite. Les vomissements sont rares ou absents en cas de pyélonéphrite et fréquents en cas d'appendicite; le pouls est normal dans la pyélite; il arrive que le toucher vaginal montre une douleur à la terminaison de l'urètre, la pollakiurie est fréquente; enfin, dans la pyélite, on trouve l'hyperleucocytose modérée de la grossesse et, dans l'appendicite, une hyperleucocytose marquee. Quant à la pyurie, il va de soi qu'elle est un élément de diagnostic de la pyélite. On notera aussi l'extrême irritabilité vésicale (traduite déjà par la pollakiurie), on se rendra compte qu'il y a moins de contracture, tout se passant en arrière du péritoine. Après quelques heures d'immobilisation et de glace sur le ventre, on pourra sentir le rein volumineux et douloureux; enfin la présence de pus dans les urines et le caractère un peu intermittent de la fièvre avec frissons répétés, qui se voient rarement dans l'appendicite, finiront de fixer les hésitations.

Mais il n'est pas rare qu'une appendicite s'accompagne d'une pyélite. Il y a deux chances sur trois, en cas d'appendicite, qu'il y ait du pus dans les urines et que la région lombaire soit douloureuse. Aussi le problème n'est-il pas de diagnostiquer une pyélonéphrite, il est de ne pas méconnaître une appendicite. C'est ici qu'il faut se rappeler la phrase de Mondor : « Ce diagnostic différentiel entre appendicite rétro-cœcocolique et pyélonéphrite m'est apparu deux fois comme un des problèmes les plus aigus qui soient. Pendant deux jours,

et à raison de plusieurs visites quotidiennes, les balancements de diagnostic semblaient difficiles à arrêter. Il s'agissait bien finalement de pyélo-néphrite; mais les vomissements, les douleurs diffuses et abdominales, les phénomènes colitiques préalables, la tachycardie, la haute température peuvent inquiéter et faire erreur ». C'est le moment ou jamais, en tout cas, de faire intervenir le signe de l'impotence fonctionnelle douloureuse du membre inférieur, en faveur de l'appendicite.

2) Comme on le sait, la pyélonéphrite, l'appendicite et la cholécystite, ainsi que les affections intestinales, chez la femme enceinte, sont les principales manifestations de la colibacillose. Or, celle-ci se rencontre souvent chez la femme enceinte, sous ses diverses formes. Nous allons donc étudier maintenant ces différents diagnostics, qui peuvent également prêter à confusion avec l'appendicite.

Et tout d'abord l'entéro-colite. Les affections intestinales en effet, avec les coliques abdominales qu'elles déterminent, sont à discuter. Elles sont très fréquentes chez la femme enceinte, et il importe d'y songer. Ces affections courantes peuvent donner naissance à des infections spéciales colibacillaires sur lesquelles Budin (Semaine médicale, 1893), Rendu (Bulletin médical, 1893), Broutelle (Pseudo-infections puerpérales d'origine intestinale, Thèse de Paris, 1901), Boquel (Colibacillose et puerpéralité, Société d'Obstétrique, 1905) ont bien insisté.

Pour les différencier, il faut surtout se rappeler le début brusque dans l'appendicite, qui ne se retrouve pas dans les infections d'origine intestinale.

Notons en passant que le colibacille reconnaît souvent un point de départ intestinal, et c'est de là qu'il gagne, par la circulation, le bassinet, où il déterminera une pyélite. On connaît suffisamment le syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer pour qu'il soit besoin d'insister davantage.

Dans la crise colitique franche, la douleur s'irradie de la région cœcale vers l'angle colique et vers le transverse, alors que, dans les crises appendiculaires, l'irradiation se fait vers l'épigastre. La température est peu élevée et le pouls non accéléré en cas de colite; il n'y a pas d'arrêt de gaz, dans les crises colitiques, à la différence de l'appendicite. Enfin la colite ne détermine pas de défense de la paroi et l'appendicite en détermine; mais, en cas d'appendicite, ce signe est parfois difficile à reconnaître du fait de la présence de l'utérus gravide. Tels sont les éléments du diagnostic, mais il est bon de se souvenir qu'une maladie du cœcum est très difficile à différencier d'une maladie de l'appendice quand il n'y a pas de signes liés à la réaction du péritoine. Et il n'est pourtant pas indifférent de faire une appendicectomie inutile au cours d'une crise de typhlocolite.

3) Vient ensuite la cholécystite. La colique vésiculaire et les formes discrètes de la cholécystite sont en général d'un diagnostic assez facile. Dans la colique vésiculaire, la fièvre est absente ou peu marquée, alors que dans l'appendicite, elle est habituelle, la douleur est sous-costale et non pas iliaque, et la douleur scapulaire est fréquente.

Nous avons déjà vu le déplacement, chez la femme enceinte, du point de Mac Burney que l'on trouvera plus haut que d'ordinaire. Il faudra bien se garder de le confondre avec un point vésiculaire. Il n'atteint que très rarement cependant, et seulement en cas de position rétro-cœcale haute, la région pré-costale. En ce cas, il faudra bien examiner la patiente, car la douleur vésiculaire, sous-costale, ne sera pas bien différente de l'autre, très remontée. C'est une grosse question d'appréciation.

4) Nous n'insisterons pas beaucoup sur le diagnostic différentiel avec les névralgies lombo-abdominales.

C'est un diagnostic qui s'élimine aisément, et d'ailleurs rarement retenu. Les douleurs sont plus diffuses que dans l'appendicite, où, au contraire, une certaine localisation attire immédiatement l'attention. Pour distinguer l'appendicite, on peut d'ailleurs se baser : *a*) sur les commémoratifs; *b*) sur la prédominance des signes à droite; *c*) sur l'unilatéralité des lésions. La femme se plaint surtout des reins, dans les névralgies, et il y a un état de malaise, de courbature fébrile, rappelant souvent le tableau d'une grippe ou d'une bronchite grippale.

5) Un autre diagnostic intéressant, c'est la colique néphrétique. Il existe ici des prodromes, vagues, consistant dans une sensation de pesanteur à la région lombaire, ou dans un malaise général avec insomnie et état nauséeux. Ils sont d'ailleurs inconstants, et souvent l'accès éclate brusquement. Comme l'appendicite, la douleur, très vive, occupe le flanc, mais surtout la région lombaire, et elle se propage vers le pubis, le sacrum, le pli de l'aîne. Elle peut aussi intéresser la vessie, sans qu'il y ait cependant de calcul vésical. Enfin, dans la colique néphrétique, il faut se rappeler que la malade se couchera d'elle-même sur le côté et sera repliée sur elle-même (auto-défense).

On notera aussi des troubles sympathiques, c'est-à-dire diverses manifestations nerveuses liées pour la plupart à la douleur : ténesme rectal, engourdissement et crampes dans les membres inférieurs (différente de l'impotence fonctionnelle douloureuse déjà signalée), malaises, angoisse inexprimable, nausées, vomissements (qui feront penser à l'appendicite), altération des traits refroidissement et cyanose des extrémités, frissons, petitesse du pouls. Mais la clé du diagnostic différentiel seront les mictions. Elles sont fréquentes, accompagnées d'un violent ténesme vésical, et quelquefois d'une sensation de chaleur ou de brûlure; elles sont peu abondantes, et tous les efforts n'aboutissent finalement

qu'à l'issue de quelques gouttes d'une urine rouge foncée, mêlée de sang ou de mucus en suspension sous forme de grumeaux. L'hématurie peut d'ailleurs être abondante et survivre à la cessation de la crise. La suppression des urines est parfois absolue pendant plusieurs heures (anurie) ; il s'agit dans ce cas, tantôt de l'oblitération des deux uretères, tantôt de la suppression par action réflexe de la sécrétion urinaire dans le rein opposé resté sain. Comme on le voit, on ne trouve rien de semblable dans l'appendicite. Mais les douleurs, les vomissements, les nausées, ont pu en imposer pour une appendicite, dans plusieurs cas.

6) A propos précisément de ces vomissements, il convient d'être circonspect. Vomissements gravidiques incoercibles ou vomissements appendiculaires ? Les vomissements incoercibles ont pu couvrir de leur nom, ainsi que le fait remarquer CROSTE dans sa thèse (Paris, 1906), des vomissements dus à une appendicite insidieusement développée. Parfois même il y a eu coexistence des affections. Dans une observation de CROISIER (de Blois) une femme au cours de deux grossesses successives fut prise d'appendicite débutant en même temps que les vomissements. On devra particulièrement se méfier des vomissements qui s'accompagnent d'une élévation thermique et se rappeler que si les vomissements incoercibles sont parfois alimentaires, muqueux ou bilieux, ils ne sont jamais porracés. Ce dernier caractère doit les faire rapporter à une infection péritonéale.

7) Il n'est pas rare d'être astreint à discuter le seul symptôme constipation. Les diagnostics précédents prêtent à confusion, la plupart pour les douleurs qui présentent une certaine analogie avec celles de l'appendicite, ou pour les vomissements. La constipation elle-même peut revêtir une grande gravité, et être à l'origine d'un tableau clinique des plus sombres. Elle peut en effet donner lieu à des phénomènes alarmants. La fièvre peut monter jusqu'à 38°-39°, avec pouls à 100-120.

On peut noter un ballonnement du ventre appréciable, et des douleurs abdominales. Il faut toujours y songer, si la malade est une constipée habituelle. D'ailleurs, dans l'appendicite, le début est soudain, ce qui n'existe pas ici ; d'autre part les phénomènes douloureux sont plus marqués, l'état général est plus atteint, quelle que soit la forme. Oui, dans le « Nord Médical » de 1902, a publié une observation de constipation accentuée, très pyrétique, mais où la douleur n'est pas localisée à droite, comme dans l'appendicite, elle est généralisée à toute l'étendue du gros intestin ; l'état général est moins modifié. C'est sur ces divers indices qu'on se basera pour faire un bon diagnostic différentiel

8) Nous venons de voir la fréquence de la constipation chez les femmes enceintes, et les difficultés de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu. L'occlusion intestinale, pseudo-occlusion ou occlusion vraie, peut alors, ainsi que nous en donnerons des exemples, venir compliquer la grossesse. Or, au cours de cette dernière, l'appendicite semble emprunter avec une fréquence un peu particulière les traits de l'occlusion intestinale. Beaucoup d'observations le signalent, et tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet attirent l'attention sur les incertitudes du diagnostic. En effet, c'est dans la précision de celui-ci que résident les principales difficultés. Disons brièvement que pour faire la différenciation clinique, il faut se rappeler le début brusque avec élévation thermique dans l'appendicite ; l'occlusion, tout au moins au début, évolue sans fièvre. L'imperméabilité de l'intestin est complète ; il est rare qu'elle soit aussi marquée dans l'appendicite. Le ballonnement est beaucoup plus prononcé, avec ses signes habituels, météorisme, tympanisme..., dans l'occlusion intestinale, la douleur enfin est moins localisée.

Tissier a relaté, à la « Société d'Obstétrique de Paris » (1903), un cas de pseudo-occlusion intestinale

simulant l'appendicite chez une femme enceinte; l'opération mit au jour un appendice sain. A la même Société, le 19 mars 1903, BRINDEAU a signalé dans les mêmes circonstances un cas d'occlusion vraie, qui fut prise aussi pour une appendicite. Là encore, l'appendice fut trouvé sain. L'intestin ne présentait ni brides, ni volvulus, et l'utérus gravide, comprimant à droite le côlon ascendant, était seul la cause de tous ces symptômes alarmants. Il suffisait à expliquer tous les désordres observés.

Il ne manque qu'un renseignement à cette observation fournie par BRINDEAU, c'est celui de la température. En effet, une fièvre élevée constitue un élément positif de premier ordre en faveur d'une lésion appendiculaire. Il est remarquable de voir combien ce point important est généralement négligé, ou autant dire, tant en clinique que dans la plupart des observations concernant les occlusions et l'appendicite. C'est ainsi que dans un cas d'appendicite simulant l'occlusion, retrouvé dans la thèse de JARCA (Paris, 1898), la température (à 37° d'ailleurs) n'est indiquée que pour le jour d'une crise qui emporta finalement la malade avec des accidents de péritonite septique.

A retenir donc la température dans tous les cas de ce genre, le début brusque, l'imperméabilité intestinale modérée, ballonnement en principe restreint, tous symptômes qui militeront en faveur d'une appendicite. Il faudra aussi tenir le plus grand compte d'un symptôme majeur de l'occlusion, à savoir l'arrêt des matières et des gaz, avec son cortège habituel de signes généraux fonctionnels, et physiques.

9) Au cours de nos observations, on a pu voir (cf surtout observation X) que le diagnostic d'indigestion (terme préférable à celui d'embarras gastrique, traduisant surtout les embarras de diagnostic) a pu retenir l'attention de certains praticiens.

Le Professeur PINARD, dans une observation publiée à la séance de l'Académie de médecine du 6 mars 1900, ne dit-il pas lui-même en parlant du médecin traitant : « Le diagnostic porté fut : indigestion » ? Il faut bien se méfier de ces indigestions « bruyantes », qui sont généralement des pièges.

10) Enfin, pour terminer, nous signalons un diagnostic qui s'est présenté dans nos observations, et qui revêt un caractère interessant d'originalité et de pathologie locale (région servannaise et malouine, Côte d'Emeraude). Nous avons nommé l'Ascaridiose. Dans le cas cité, on pouvait hésiter par les commémoratifs, bien que le diagnostic d'appendicite se posa assez facilement. Les suites de couches sont d'ailleurs le meilleur témoin pour défendre notre hésitation en cours de grossesse.

Nous ne pensions en tout cas qu'à de simples phénomènes intestinaux dus à des ascaris, mais le plus souvent comme le souligne le Professeur H. MONDOR, ce qui porte à confusion avec l'appendicite en cas, ce sont les péritonites par parasitisme intestinal. Il cite à sujet une observation très démonstrative de BECK : « Une fillette de 11 ans est prise brusquement de vives douleurs et de vomissements : on dit d'abord appendicite. Le ventre est tendu, ballonné, contracté. BECK fait une laparotomie. L'iléon est dilaté et bourré d'amas de vers intestinaux; en certains points, la paroi de l'intestin est amincie, en imminence de perforation. Il n'y a pas de spasme, en aucun point. On résèque la partie la plus altérée de l'iléon sur une longueur de 1 m. 25, mais il reste des vers dans les segments adjacents de l'intestin. Dans l'anse réséquéeé, on trouve 356 ascarides enchevêtrés : l'occlusion était purement mécanique. Guérison complète ». Le problème peut se peser pareillement chez la femme enceinte, et il ne faut pas perdre cette notion de vue.

Si nous avons tenu à joindre à l'observation d'asca-

ridiose chez une femme enceinte trois cas, tous de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, dont les deux derniers à des dates très rapprochées, c'est pour bien montrer qu'il ne s'agit pas là d'un cas heureux que nous prenons plaisir à citer spécialement. Les Ascaris semblent aimer le pays malouin, et nous-même, au cours de remplacements du Docteur NICOLLEAU, avons eu plusieurs fois l'occasion d'en rencontrer. Le Docteur FEREY et le Docteur THIBOUMERY, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu ont pu le constater.

Il s'agit là d'une contamination vermineuse assez poussée. C'est, jusqu'à présent, le plus bel exemple de pathologie locale que nous ayons rencontré, avec celui du paludisme fruste qu'occasionnent les marais insalubres de l'anse de Kerhuon (Finistère), notre pays d'origine. Ici, ce sont les anophèles qui semblent avoir une prédilection marquée. De nombreuses personnes connaissent les frissons, le stade de chaleur et celui de sueur d'une crise de malaria atténuée, rapidement calmée par la quinine. Certaines vont jusqu'au délire avec fortes poussées thermiques, sans antécédents coloniaux. Nous connaissons plusieurs cas de ce genre. Il nous semble intéressant de le noter en passant, à propos de ces brèves allusions aux phénomènes de pathologie locale. Nous nous sommes éloignés temporairement du sujet. Revenons aux appendicites.

B) LÉSIONS UTÉRO-ANNEXIELLES.

Disons de suite, avec BOUILLY, que dans l'appendicite les phénomènes péritonéaux sont dès le début, et d'emblée, portés à un degré de gravité que l'on n'observe pas, en général, dans les lésions utéro-annexielles et péri-utérines, même de forme grave. Nous allons ici examiner complètement les affections génitales dont le tableau clinique trompeur pourrait faire songer à une appendicite, et vice-versa. C'est parmi elles surtout, plus

que parmi les affections génitales, à part la pyélonéphrite droite, qu'on rencontre les plus grandes erreurs de diagnostic. Leur étude revêt donc un intérêt capital.

1) Avortement (menace d'avortement). Dans les premiers mois de la grossesse, l'apparition de douleurs abdominales fait de suite songer à un avortement. Et comme il n'est pas rare que l'appendicite, lorsqu'elle dure un peu, le provoque, on voit à quelle confusion on peut aboutir. Au début de la crise, il sera cependant assez facile de distinguer la douleur appendiculaire des douleurs utérines ; en outre, les vomissements porracés, la température d'emblée élevée dans l'appendicite, seront des éléments importants de différenciation. Ce n'est qu'au bout de quelques jours, et si les deux syndromes évoluent ensemble qu'un diagnostic précis sera très délicat. Mais tôt ou tard apparaîtront peut-être de petits filets sanguins, de légères pertes, qui fixeront le diagnostic de fausses-couches.

2) Grossesse tubaire extra-utérine. Nous aurons l'occasion de réserver un chapitre à sa coexistence avec l'appendicite. Pourtant, il convient de signaler l'importance du problème, du diagnostic différentiel, entre une grossesse tubaire extra-utérine rompue ou en voie de rupture et une grossesse intra-utérine compliquée d'appendicite. Les vomissements sont plus rares dans l'extra-utérine, avec douleurs plus vives. Il existe une anémie marquée, un état lipothymique, et enfin les signes objectifs ont une localisation plus basse. Il est bon d'en parler, car elles ne se comptent plus les erreurs auxquelles peut donner lieu la rupture d'une grossesse tubaire au moment de la crise aiguë, et ensuite quand l'épanchement intra-pelvien, l'hématocèle, facilement infecté, est constitué.

3) Hémorragie rétro-placentaire. L'hématome rétro-placentaire est le résultat du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Cet accident est rare

(du moins dans sa forme grave), on ne l'observe environ qu'une fois sur mille; par contre, les petits décollements limités sont extrêmement fréquents. Il faut d'ailleurs bien savoir qu'un grand nombre de décollements placentaires restent suffisamment limités pour ne donner lieu à aucun symptôme et de ce fait se réduisent à de simples trouvailles de délivrance. C'est surtout difficile de le diagnostiquer lorsque l'hémorragie, au lieu d'être externe, reste interne et en petite quantité, dans les cas relativement bénins. C'est là le cas classique, le mieux connu et le plus souvent décrit.

Comme dans l'appendicite, il y a un début brusque par une douleur violente. Mais ici, elle n'est pas bien localisée, et on doit pouvoir la rapporter à l'utérus. Cette douleur en effet est analogue à celle d'une contraction douloureuse du travail qui ne cesserait pas, et tout d'abord, ne se révèle que par les symptômes généraux (pâleur, sentiment d'angoisse, faciès d'intoxiquée, etc...), pas toujours en rapport avec la quantité de sang épanchée. Le pouls est variable : parfois rapide et misérable, il peut être ralenti si l'hémorragie est peu abondante. Il existe enfin plusieurs critères de différenciation : utérus qui augmente rapidement de volume, s'allonge, se déforme, et présente surtout une dureté ligneuse; il est douloureux à la palpation; les urines sont albumineuses: hyperazotémie, et hypertension artérielle. Au toucher, le col est généralement entr'ouvert et dur, le segment inférieur est tendu. Si l'on peut atteindre les membranes, l'on trouve une poche des eaux exagérément tendue par suite de la contraction utérine. Dans l'immense majorité des cas, par conséquent, le diagnostic s'imposera, grâce surtout aux notions de l'albumine et de l'hypertension coïncidente. Seule, une grosse apoplexie étendue aux ligaments larges pourra prêter à confusion avec l'appendicite et les grands syndromes abdominaux, mais comme elle commandera

aussi bien qu'eux la laparatomie immédiate, l'erreur sera vite levée.

4) Certaines hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse ectopique et à symptomatologie d'appendicite sont aussi à noter. Ce sont des hémorragies d'origine génitale, mais non liées à l'état gravidique. Certes, il ne faut pas sous-estimer l'importance primordiale de la grossesse extra-utérine dais l'explication des hémo-péritoines, mais aujourd'hui il faut faire à d'autres étiologies une place un peu plus large que celle que leur firent les auteurs d'il y a cinquante ans.

Deux raisons ont contribué à ce redressement. D'abord le grand nombre de laparotomies faites, d'urgence, avec un diagnostic un peu prompt d'appendicite aiguë. Ensuite la meilleure analyse des signes d'hémorragie interne et plus de hâte à obéir à leur impérieux commandement. On a trouvé en effet plusieurs fois des hémorragies internes alors qu'on avait dit appendicite, péritonite; on a trouvé bien des kystes ovariens rompus lorsque l'on intervenait pour des syndromes d'anémie, cataclysmique ou non, attribués à des grossesses ectopiques.

Il n'est pas très difficile, d'après leur point de départ, de classer les causes de ces saignements :

a) Origine utérine. Les hémorragies d'origine utérine peuvent être celles d'un reflux utéro-tubo-péritonéal avec ou sans hématométrie préalable, celle d'une tumeur simple ou compliquée, fibrome avec grosse veine sous-séreuse rompue ou autre rupture vasculaire (28 cas réunis par NESSMANN), noyau fibreux, tordu, détaché, fibrome traumatisé (CHABRUT), ou d'une tumeur maligne rongeante, le chorio-épithéliome perforant (CREYSSEL et BOYER en ont réuni 14 observations). Ici, la perforation n'est pas une complication tardive : elle peut être le résultat d'un processus térébrant assez pré-

coce. Il ne faut pas méconnaître non plus l'apoplexie utéro-placentaire avec hémorragie intra-péritonéale par fissuration. Les perforations utérines (avortements et curettages) n'entrent pas ici en ligne de compte.

b) Origine tubaire. Les hémorragies d'origine tubaire et de cause non gravidique peuvent compliquer une torsion des trompes, une salpingite hémorragique, une salpingite ulcéreuse et perforante (ULLMANN, MEYER et LASH), une salpingite syphilitique, une tumeur maligne de la trompe ou des varices tubaires (LEHNER, MARUETA et JAHAN).

c) Les hémorragies d'origine péritonéale sont rares, et presque toutes d'ancienne date. Citons cependant la pachy-péritonite pelvienne, l'angiomatose péritonéale (FORD, MARSON, PARCELLIER et CHENUT) et les métastases malignes du Douglas parmi les causes invoquées.

d) Les hémorragies d'origine ovarienne sont les plus fréquentes. BAUMANN a retrouvé plus de 300 observations et apporté 16 observations inédites. Le Professeur H. MONDOR en a vu six de 1937 à 1940.

Il y a lieu de distinguer les hémorragies du stroma ovarien (apoplexie ovarienne), les hémorragies folliculaires (étude relativement récente, cf. l'observation que nous citons à propos d'ovarite-scléro-kystique et appendicite), et les hémorragies du corps jaune (rupture d'un kyste lutéinique).

D'autres causes ovariennes peuvent entraîner de graves hémorragies : les kystes tordus, rompus, qu'ils soient mucoïdes, séreux ou dermoïdes. Les kystes endométriaux (kystes perforants de SAMPSON) méritent seuls une mention spéciale. Les tumeurs bénignes (fibromes) ou malignes (épithélioma de l'ovaire) peuvent aussi intervenir de façon néfaste.

« Ces hémorragies pelvi-péritonéales, dit H. MONDOR, sont ou de symptomatologie atténuée et assez sou-

vent prises pour des appendicites, ou de symptomatologie dramatique et mises au compte de la grossesse extra-utérine ». On a bien invoqué les signes d'hémorragie interne, en particulier le faciès et l'atteinte de l'état général, dans les hémopéritoines, mais nous ne devons pas perdre de vue que l'appendicite à tendance péritonéale de la femme enceinte peut atteindre gravement l'état général, et prêter à confusion.

Nous n'insisterons pas ici sur les hémopéritoines non génitaux, dus à ruptures d'organes pleins, et sur les péritonites septiques par perforation d'organes creux, non particuliers à la femme enceinte, mais pouvant aussi bien survenir chez elle. Leur allure toutefois est plus dramatique que l'appendicite.

5) Le diagnostic avec une annexite peut se poser au début de la grossesse, et est, parfois, difficile. Certes, il est rare d'observer une crise de salpingite ou salpingo-ovarite au début de la grossesse; car, habituellement, la salpingite aboutit à l'obstruction des trompes et la malade reste stérile. Mais le début d'une salpingite peut coïncider, chez les jeunes mariées, avec un début de grossesse, et, au syndrome douloureux viennent s'ajouter des vomissements du début de la grossesse. Un examen très attentif, la localisation exacte de la douleur au niveau des cornes utérines, la bilatéralité des lésions permettront cependant de faire le diagnostic. Certes l'appendicite aiguë est plus élevée que la salpingite, certes elle détermine une évolution plus rapide vers la gravité, mais il y a des cas où l'hésitation est bien compréhensible. Ne retrouve-t-on pas à la fois dans la salpingite des signes d'infection, voire de la polynucléose et de la leucocytose, et un empâtement douloureux du paramètre droit ? La sagacité du clinicien est gravement mise à l'épreuve: bien souvent le diagnostic ne sera ratifié qu'à l'intervention, qui doit être de règle dans tous les cas douteux.

6) L'ovaire pourra aussi être la source de bien des difficultés. En effet, on pourra encore hésiter entre une appendicite et un gros ovaire douloureux; mais les rapports de l'ovaire avec la corne utérine et l'extrémité supérieure du ligament rond, la recherche du signe de ROVSING aideront à différencier ces deux affections.

L'ovaire scléro-kystique peut cependant prêter à confusion. Pour le comprendre, il n'est que de citer l'observation suivante, empruntée à M. M. SAMSOEN, de Roubaix (1943).

Madame Irène C..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de la Fraternité de Roubaix, dans le service du Docteur DESCARPENTRIES, avec le diagnostic d'appendicite.

Elle se plaint d'une douleur diffuse située un peu plus bas que le point de Lanz dans la fosse iliaque droite.

La paroi abdominale ne présente ni contracture de défense, ni hyperesthésie cutanée. La malade ne vomit pas, mais se plaint d'être constipée. Le toucher vaginal permet de sentir dans le cul-de-sac un ovaire douloureux et augmenté de volume.

Nous sommes en présence d'une malade bien constituée, qui a été réglée à douze ans et demi. Elle s'est mariée à 18 ans et a eu après son mariage une petite fille venue à terme.

Ses règles qui, avant son mariage étaient peu abondantes et indolores, sont devenues abondantes et douloureuses, et durent six jours au lieu de cinq jours. Depuis cette date, elle souffre toujours de douleurs abdominales deux jours avant l'apparition de ses règles.

L'examen et l'interrogatoire ne révèlent plus rien de particulier. Ses parents sont bien portants et ont eu douze enfants vivants.

Devant ce tableau clinique, on pratique une laparatomie médiane de façon à pouvoir examiner l'intestin et les organes génitaux de la malade.

L'appendice est sain. Les annexes gauches et l'utérus sont normaux. On trouve au contraire à droite un ovaire trois fois plus gros que le gauche et capuchonné d'un gros caillot sanguin. Cet ovaire droit qui ne présente aucune adhérence est enlevé facilement avec sa trompe. Suites opératoires simples.

A noter que les règles sont revenues depuis deux fois sans douleur.

Ce qui frappe, c'est la régularité des phénomènes douloureux. Pendant plus de trois ans cette malade a présenté régulièrement des douleurs deux jours avant l'apparition des règles, plusieurs fois diagnostiquées appendicite. Puisque ces douleurs ont disparu après l'ablation de l'ovaire droit que l'on a trouvé capuchonné d'un caillot sanguin, il semble bien qu'elles étaient dues, non à des poussées d'appendicite, mais à l'éclatement d'un follicule de de GRAAF qui occasionnait chaque fois une petite hémorragie péritonéale. Depuis, l'ovaire était resté douloureux.

La question des hémorragies péritonéales provoquées par l'éclatement de kyste ovarique est relativement nouvelle. Signalons en passant que ce cas nous paraît être absolument démonstratif. Aussi présente-t-il, en dehors de diagnostic erroné d'appendicite, un autre intérêt, et c'est pour ce double enseignement pratique que nous l'avons relaté.

7) Le diagnostic d'un kyste de l'ovaire tordu dans la première moitié de la grossesse est en général facile, que l'existence du kyste ait été déjà reconnue ou non. Il se fonde surtout sur l'existence d'une tumeur juxta-utérine rénitente. Nous n'insistons pas.

Nous n'insisterons pas davantage sur deux autres possibilités de diagnostic, qui n'ont que des rapports indirects, et prêtent beaucoup moins à confusion avec l'appendicite, à savoir le rein mobile et le fibrome

enclavé. Ces deux affections n'ont guère l'occasion d'être discutées d'avec l'appendicite.

D'après ce qui précède, on voit cependant qu'il existe déjà assez de lésions génitales à éliminer, pour porter un diagnostic précoce et juste d'appendicite gravidique.

APPENDICITE
ET GROSSESSE TUBAIRE EXTRA-UTÉRINE
(CŒXISTENCE, DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL)

Il existe assez de cas de cette association dangereuse, dans la littérature médicale, pour qu'il soit mérité d'en parler ici. Comme on le devine, il est difficile alors de porter un diagnostic exact. Ce qui domine surtout le tableau, ce sont les accidents dramatiques de la grossesse tubaire qui camouflent généralement les symptômes appendiculaires. L'appendicite ne sera alors le plus souvent qu'une trouvaille opératoire. Il est même difficile de soupçonner le diagnostic : quelques exemples en sont cependant signalés dans les ouvrages.

C'est ainsi qu'il est publié une observation dans BÉRARD et VIGNARD, concernant un cas de découverte toute fortuite d'un appendice englobé dans une masse formée par une trompe gravide. Dans une deuxième observation, l'appendicite avait été soupçonnée en raison de crises douloureuses antérieures, mais le tableau clinique lui-même permettait la plus grande perplexité.

Une troisième observation est très intéressante. Une opération pratiquée au troisième jour de la rupture d'une trompe montra que les caillots sentaient particulièrement mauvais, et attira l'attention sur l'appendice qui fut trouvé altéré et enlevé.

Quatrième cas. — Le diagnostic fut posé du fait d'accidents infectieux survenus 9 jours après la rupture

de la trompe, et accompagnés de douleurs à droite qui firent soupçonner l'intervention de l'appendicite.

Témoin, de Bourges, cite tout de même deux cas où tout militait en faveur du diagnostic primitif d'appendicite. Des crises antérieures, des règles toujours normales devaient naturellement faire penser à une crise appendiculaire nouvelle.

Bérard cite une autre observation où l'on avait fait le diagnostic ni de la grossesse extra-utérine ni de l'appendicite, qui sont toutes deux des surprises opératoires.

C'est également un cas où au cours d'une opération pour grossesse tubaire diagnostiquée, l'on trouve un kyste ovarique suppuré, une grossesse tubaire, et accolé à l'ensemble, un appendice turgescent, rouge et enflammé, dont rien n'avait fait soupçonner l'altération.

Dans une autre observation, ce fut le diagnostic d'appendicite qui fut uniquement porté, et de fait, il fut trouvé en érection, doublé de volume, en même temps qu'on découvrait un hémato-salpinx gauche.

Une erreur simple et d'ailleurs fréquente est relatée dans un autre cas où l'on crut à une grossesse tubaire rompue, alors que l'opération montra qu'il s'agissait uniquement d'une appendicite.

Enfin, dernier cas à citer ici : une femme est opérée pour kyste ovarien, et c'est sans avoir jamais pensé à une lésion de l'appendice, qu'on le trouve en compagnie d'une trompe enflammée et d'un kyste suppuré de l'ovaire droit.

Si nous avons tenu à citer brièvement ces observations, c'est pour bien montrer que cliniquement, la coexistence de l'appendicite et de la grossesse tubaire est difficile à mettre en évidence, de même qu'il est presque impossible d'établir les responsabilités de chaque organe dans la genèse de la lésion et dans l'évolution des accidents.

Quoi qu'il en soit, retenons surtout une chose : nous avons parlé jusqu'ici de l'effort méritoire qu'il fallait faire pour poser un diagnostic juste, mais pratiquement, que nous portions l'un ou l'autre diagnostic (surtout le second), il faut alors laparatomiser.

En effet, de même qu'il faut opérer toute appendicite gravidique, gênante, il faut aussi opérer une grossesse tubaire qui fait parler d'elle. Et c'est le cas, puisque le tableau douloureux abdominal prête à confusion avec l'appendicite. Il s'agit généralement alors d'une trompe en voie de rupture. La conduite à tenir est d'être très interventionniste dans ces cas dramatiques, même et surtout dans le doute. Combien de femmes n'ont elles pas succombé, faute d'intervention suffisamment précoce.

Avant de terminer ce chapitre, signalons que la grossesse ectopique, autant qu'une grossesse normale, a sur l'appendice un retentissement fâcheux. On peut toutefois rapprocher son action plutôt de celle d'une annexite que de celle d'une grossesse vraie, car dans le cas d'une ectopie fœtale, l'augmentation de volume de l'utérus ne saurait jouer un rôle important. Par quel mécanisme alors ? Très probablement par modifications vasculaires, phénomènes de congestion, aboutissant au réveil d'un ancien foyer appendiculaire. Il est remarquable en effet que la plupart des observations que nous avons consultées à ce sujet concernent des malades ayant eu antérieurement des crises d'appendicite.

Pellet, dans une thèse intéressante soutenue à Lyon, en 1908, sur la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine, conclut que si cette dernière peut aider au développement de l'appendicite par congestion et par développement de péritonite plastique, l'appendicite à son tour peut favoriser l'ectopie fœtale par coudure ou déplacement de la trompe, et plus tard favoriser l'avortement tubaire par infection générale ou

propagée, aboutissant alors à la suppuration du kyste fœtal.

Nous avons eu en vue jusqu'ici la coexistence de l'appendicite et de la grossesse tubaire.

Nous ne parlerons donc que sommairement ici de la difficulté de diagnostic différentiel entre une grossesse extra-utérine rompue ou en voie de rupture et une grossesse intra-utérine compliquée d'appendicite, simplement pour en donner les principaux éléments.

Retenons que, dans l'extra-utérine, les vomissements sont plus rares, mais les douleurs par contre plus vives. De plus, l'anémie est marquée l'état lipothymique et syncopal est de règle, les signes objectifs ont une localisation plus basse. Mais le diagnostic reste très difficile. C'est ainsi que dans le cas de CHARLES (Grossesse tubaire rompue ou appendicite), où l'on avait pensé à l'appendicite, on trouva un kyste de l'ovaire droit tordu et une grossesse ectopique gauche. Ce que l'on voit ici, par conséquent, c'est la coexistence d'une grossesse tubaire extra-utérine avec un syndrome douloureux abdominal droit, qui en avait imposé pour une appendicite.

Le Professeur Henri MONDOR, dans son ouvrage : « Diagnostics urgents — Abdomen », signale aussi la difficulté du diagnostic différentiel. Nous ne changerons pas un mot à la clareté de son exposé.

« Lorsque les signes abdomino-pelviens s'aggravent et dans le cas seulement de grossesse débutante, la différenciation entre l'appendicite, chez une femme enceinte, et des accidents de grossesse ectopique, pourra être un problème très compliqué. Un exemple récent m'engage à y insister notamment à signaler deux pièges : celui de la glace; les douleurs de la grossesse ectopique peuvent en être notablement diminuées : celui, surtout, de l'avortement tubaire qui risque, accompli à bas bruit de tromper de la façon suivante : les signes

de tuméfaction latéro-utérine diminuent de netteté; les signes de collection du Douglas ne s'assemblent pas; or, c'est le moment où le saignement intra-péritonéal commence. C'est précisément au moment où cesse la tuméfaction tubaire que le danger d'hémorragie interne s'accroît. Tout cela, surtout, si l'on s'attache trop longtemps au diagnostic d'appendicite ».

Nous n'avons rien à ajouter à cet admirable et concis exposé, qui souligne bien les difficultés auxquelles on se heurte en pareil cas.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La gravité de l'appendicite au cours de la gestation, le fait que la gestation réactive les foyers appendiculaires, rendent particulièrement impérieuse l'obligation d'opérer toute crise d'appendicite aiguë, beaucoup plus impérieuse qu'en dehors de la grossesse. Les avis formels ne manquent pas à ce sujet. « Opérer toujours et tout de suite » dit le Professeur TERRIER, qui ajoute : « Dans le doute, on doit opérer ». C'est aussi un point sur lequel a insisté PINARD avec autorité dans sa communication à l'Académie de Chirurgie en 1898. Dès 1896, MUNDE, qui fut en Amérique un des premiers à attirer l'attention sur ce point, s'exprimait ainsi : « Je pense que les nombreux exemples d'appendicite avec ou sans suppuration, se produisant pendant la grossesse et le travail, doivent nous engager à nous mettre en garde contre cet accident, et à traiter la maladie sans nous préoccuper de l'existence de la grossesse ».

C'est aussi le Professeur Henri MONDOR qui écrit : « L'interruption de la grossesse est moins à craindre si l'on opère que si l'on s'abstient ». On peut dire que tous les auteurs, à de très rares exceptions près, qui ont écrit sur la puerpéralité et l'appendicite, ont signalé les dangers et les méfaits de cette redoutable association. Aussi les préceptes d'intervention précoce ont-ils été

formulés à son propos avec plus d'énergie encore que pour les appendicites ordinaires.

Il ne saurait en effet être question de traiter médicalement une appendicite aiguë survenant chez une femme enceinte.

L'intervention rapide, le plus souvent, rarement différée, s'impose, quel que soit l'âge de la grossesse. L'habituelle gravité, la fréquence des récidives de l'appendicite pendant la gestation, fait cette forme aussi redoutable que celle de l'enfant (danger de péritonite rapide). Il importe donc d'écarter le risque immédiat de péritonite généralisée, ou bien, celui-ci évité, de ne jamais attendre le travail. Ce n'est pas que le risque opératoire ne soit accru du fait de la grossesse. Il l'est grandement et singulièrement pour deux raisons : d'abord, parce que les difficultés techniques peuvent être multipliées dans les derniers mois par la situation haute, interne ou postérieure, ou basse, ou rétro-utérine (PRINCETEAU) de l'appendice, par la masse utérine gênante et qu'il faut ménager.

Aussi et surtout parce que l'intervention déclenche souvent dans les heures ou les jours qui suivent, un travail forcément traumatisant, susceptible de rompre de récentes adhérences et d'ensemencer la grande cavité péritonéale (HARTEMANN). Mais les ressources de la technique actuelle : drainage large avec MICKULICZ, qui diminue les chances de généralisation, évacuation préalable de l'utérus, qui facilite l'intervention et supprime le travail, permettent d'intervenir avec des risques bien moindres que ceux attachés à l'abstention.

Nous devons à ce sujet donner une place spéciale à la statistique de SCHMID, qui est très importante au point de vue du traitement de l'appendicite au cours de la grossesse.

1) Mortalité maternelle.

A) *Cas non opérés :*

Légers	98 cas	0 morts	
Moyens	15 —	0 —	
Graves	65 —	50 —	77 %
	178 cas	50 morts	28 %

B) *Cas opérés :*

Dans les 48 heures	45 cas	3 morts	6,7 %
A chaud	186 —	70 —	37,6 %
A froid	77 —	0 —	
	308 cas	73 morts	23 %

2) Mortalité fœtale.

A) *Cas non opérés :*

Légers	80 cas	16	interrupt.	de grossesse	20 %
Moyens	25 —	3	—	—	20 %
Graves	47 —	40	—	—	85 %
	152 cas	59			

B) *Cas opérés :*

Dans les 48 h...	39 cas	6	interrupt.	de grossesse	15,4 %
A chaud	162 —	120	—	—	74 %
A froid.....	73 —	13	—	—	17,8 %
	274 cas	139			59,7 %

On voit pour la mère et pour l'enfant le réel avantage d'une opération précoce. Ceci est corroboré par nos propres observations, Il importe seulement au plus haut point de poser des indications très précises.

Toute crise observée dans la première moitié de la grossesse devra donc être opérée immédiatement.

Le risque d'avortement est minime si l'on ne « bouscule » pas l'utérus. Il est moindre que le risque d'avortement représenté par les endométrites qu'entretiennent des décharges microbiennes répétées (SCHMID a montré que l'avortement après opération se voit dans 12 % des cas et dans 25 % de ceux où l'on n'opère pas), et DWORZAK (Traitement de l'appendicite aiguë pendant la grossesse) a démontré que plus rapide est l'intervention en cas d'appendicite aiguë, et moindre est le risque d'interruption.

Est-ce à dire qu'il faille se précipiter sur toutes les appendicites aiguës que l'on voit au cours de la gestation ? Il y a lieu, ici, de poser un distinguo. En suivant la conduite de BRINDEAU, voici de quelle façon on peut envisager les indications. On opérera sans hésiter une appendicite :

1) si l'on est appelé dès les premières heures de la crise, et cela quel que soit l'âge de la grossesse. PANKOW n'admet l'opération que dans les premières 48 heures. DUBRISAY et JEANNIN, plus sévères, préconisent même l'intervention dans les trois premières heures, à juste titre selon nous.

Retenons en gros qu'une crise d'appendicite vue dans les premières 48 heures est justiciable d'une intervention immédiate, à n'importe quel âge de la gestation. C'est clair, mais évidemment un peu schématique.

2) si le tableau clinique dénote un état grave, et c'est généralement le cas chez les parturientes.

3) si l'on constate que la femme est en travail, l'ex-

périence ayant montré que l'évolution est alors grave dans la majorité des cas. Il ne faut pas hésiter à intervenir en plein travail.

Dès lors, indications posées, comment intervenir ?

Brindeau conseille sous anesthésie à l'éther ou au chloroforme une incision latérale haute et très postérieure, quon prolongera au besoin en arrière, la femme étant couchée sur le flanc gauche.

D'autres se sont trouvé bien de l'emploi systématique de l'incision de Jalaguier. Ce qui est essentiel, bien plus que la voie d'abord, c'est de ne pas « brutaliser » l'utérus et de protéger son bord droit et le plexus veineux très développé qui monte à son contact par des champs pendant l'intervention, par un large drainage dans les jours suivants, dès qu'il y a réaction péritonéale, même seulement séreuse. Des doses répétées d'opium, administrées pendant 4 ou 5 jours consécutifs, empêchent le déclenchement du travail.

De même, l'intervention immédiate ne se discute pas devant une péritonite généralisée : ici, au Mickulicz il sera bon d'adjoindre un drainage déclive réalisé par une colpotomie (Brindeau). C'est là la meilleure technique opératoire, indiscutablement.

On s'abstiendra par contre d'intervenir s'il s'agit d'une crise extrêmement légère ou bien entendu si le diagnostic est par trop incertain. Pour intervenir, il faut des indications nettes. On s'abstiendra également si l'on constate qu'il y a empâtement circonscrit de la fosse iliaque droite, c'est-à-dire réaction localisant l'infection; on attendra dès lors pour opérer le refroidissement complet des symptômes.

Nous avons vu jusqu'ici l'appendicite dès les premières heures. Vue plus tardivement, elle ne doit pas pour cela bénéficier de l'abstention. Celle-ci en effet laisse subsister le risque maternel de récidive, et le risque fœtal d'interruption de grossesse. On opérera donc, et

cela dès que les données d'une surveillance à la fois clinique et hématologique le permettront.

— Dès refroidissement ou résorption du plastron dans le cas d'appendicite non abcédée, et avec la technique habituelle;

— Dès collection du pus en cas d'appendicite suppurée, en réduisant au minimum les décollements et en drainant largement.

C'est qu'en effet s'il y a réaction péritonéale, plastron, abcès appendiculaire, il est parfois plus sage d'attendre pendant un assez long temps, quitte à intervenir plus tard, et généralement on y sera obligé. Car, comme le dit Roux, de Lausanne : « Tout appendice enflammé, guéri cliniquement, reste anatomiquement taré », et Dieulafoy souligne : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ». En tout cas on peut différer. Assez souvent la grossesse continue à évoluer, et se termine favorablement.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, disent Portes et Seguy, on peut avoir la main forcée par l'augmentation de volume d'un abcès péri-appendiculaire ou par une aggravation manifeste de l'état général. Il est alors sage de limiter l'intervention au minimum, en se contentant d'ouvrir la paroi, et de drainer, sans chercher par des manœuvres laborieuses à atteindre l'appendice.

Enfin au cas d'une péritonite généralisée ou diffuse, la seule chance de salut est l'intervention immédiate.

A noter que la perforation appendiculaire avec ou sans formation d'abcès durant la grossesse ou les suites de couches est particulièrement grave : la localisation est plus difficile dans les tissus distendus et contus et l'utérus est le point de départ d'une infection généralisée.

Dans la deuxième moitié de la grossesse, surtout en cas d'appendicite dite tardive et survenant au septième et au huitième mois, l'utérus est volumineux et repré-

sente une grosse gêne mécanique. Les difficultés opératoires doivent alors être mises en ligne de compte.

Est-on autorisé à attendre le voisinage du terme, ou tout au moins un temps suffisant pour obtenir un fœtus viable, susceptible d'être élevé dans des conditions satisfaisantes ? Il semble qu'on le puisse, à deux conditions expresses : qu'il s'agisse d'une forme bénigne, les cas peu méchants pouvant bénéficier d'une expectative sous surveillance, et que cette surveillance soit constante en milieu chirurgical, étant entendu qu'on n'attendra jamais le travail. Mais dans l'immense majorité des cas, la notion d'urgence persiste. Ces cas, on les opérera donc. Ce genre d'intervention présente d'ailleurs une très grande gravité pour peu qu'il y ait une collection purulente. Si l'on intervient, comment faut-il opérer ? Très souvent l'opération se bornera à inciser les collections purulentes et à les drainer sans chercher à enlever l'appendice qui est parfois introuvable ; on remet à plus tard l'appendicectomie, qui sera parfois laborieuse et d'autres fois au contraire remarquablement facile.

Disons de suite qu'on sera souvent obligé de pratiquer une laparotomie médiane au lieu de l'incision appendiculaire classique et normale, surtout en cas de diagnostic douteux avec un grand syndrome abdominal douloureux.

En principe, on pratiquera une incision latérale un peu haute et très postérieure, en couchant légèrement la femme sur le côté gauche. Si l'on se trouvait en présence d'un appendice resté pelvien, dont l'inflammation a provoqué la formation d'un abcès bombant dans un cul-de-sac vaginal, on ouvrirait cet abcès par voie basse après colpotomie.

C'est ainsi que Belzinski, chez une grande multipare qui accouchait au septième mois en pleine crise de péritonite par perforation appendiculaire, dut se bor-

ner à deux incisions de la paroi abdominal par lesquelles s'écoula une grande quantité de pus et à un drainage dans différentes directions. L'appendice fut enlevé, et il put constater que la péritonite purulente n'avait laissé aucune adhérence.

Un détail intéressant, ici, à retenir pour éviter la péritonite généralisée après laparotomie. On peut diminuer la gravité du pronostic en employant un procédé de drainage qui consiste une fois l'intervention terminée, à mécher très largement, jusque dans le Douglas, avec des champs, des grandes compresses, ou un Mickulicz. Si l'accouchement arrive dans les heures suivantes, il se produit un affaissement de l'utérus et de la masse intestinale; or, si la partie infectée n'est pas très largement défendue par ces champs, il s'ensuivra forcément une péritonite généralisée. Ce qu'il faut éviter à tout prix, car elle peut ne pas pardonner.

Au point de vue obstétrical, quelle est la conduite à tenir dans ces cas d'appendicite ? Pour les premiers mois, il n'y a pas de traitement obstétrical, mais lorsque l'intervention est décidée, « il faut morphiner largement avant et après l'opération, pour éviter si possible l'évacuation de l'utérus » disent DUBRISAY-JEANNIN. C'est qu'en effet loin de chercher à provoquer l'avortement, ou l'accouchement prématuré, plus tard, au moment où la crise appendiculaire éclate, on évitera autant que possible l'éveil des contractions utérines, en administrant des lavements laudanisés, et, au besoin, en pratiquant une injection de morphine. Mais il n'est pas rare que l'interruption de la grossesse ait lieu malgré cette précaution. Cette éventualité peut d'ailleurs se produire tardivement alors que la malade est considérée comme guérie et sans que rien explique cette échéance tardive. C'est ainsi que SEJOURNET a observé, dans un cas, une fausse-couche huit semaines après une appendicectomie qui n'avait donné lieu à aucun incident, tant au cours de l'intervention pratiquée à l'anesthésie

locale que dans les suites opératoires. Deux opérées de PRINCETEAU et PETIT (sur 11 cas) ont eu aussi des fausses-couches tardives.

En fin de grossesse, et au voisinage du travail, reste la question de l'évacuation préalable de l'utérus. Elle reconnaît deux indications :

— La gêne mécanique apportée à l'intervention par la masse de l'utérus gravide, surtout si l'appendice est en position ectopique, haute ou basse (COTTE et GONNET).

— La nécessité de soustraire à l'infection qui le menace un fœtus viable (JAMESTEL).

C'est dire qu'elle ne se pose que près du terme : il est en effet exceptionnel qu'avant le septième mois le volume utérin soit tel qu'il rende impossible toute exploration. Le Jalaguier explorateur suffira presque toujours.

D'autre part, le risque de prématurité avant cette date grève assez le pronostic fœtal pour que tous les efforts tendent à juguler le travail. Enfin, près du terme, l'intervention déclenche à peu près sûrement les contractions utérines.

Les conditions réunies : enfant vivant et viable, indications tirées de difficultés techniques ou de risques d'infection fœtale, quel procédé choisir ? Après laparotomie et avant de procéder à l'appendicectomie, les chirurgiens pour se donner plus de jour, ont proposé de faire une césarienne. Mais quelle césarienne ?

Le procédé de DUHRSEN a peut-être semblé le procédé idéal à son époque, mais n'est plus de mise aujourd'hui. Assurément pas non plus la césarienne par voie abdominale qui rend d'autant plus dangereuses les grossesses ultérieures que le segment inférieur étant formé, il est difficile de la faire basse ; et qui comporte aussi le risque immédiat d'infection étant donné le milieu très septique dans lequel on est amené à la pra-

tiquer, le foyer infectieux restant en contact direct avec les sutures (COCHE et MASSON). La césarienne abdominale a pourtant été utilisée par HIRST, LEWIS, WILSON, WOLFRING... Elle a donné des succès, mais elle n'en reste pas moins une pratique dangereuse.

La césarienne vaginale n'a pas ce dernier inconvénient, mais l'absence de segment inférieur la rend impossible. Cette opération semble d'ailleurs peu attrayante.

Pour se donner du jour encore, d'autres auteurs tels VON ROSTHORN, de LEE enseignent que si une évacuation utérine est nécessaire, il est préférable de pratiquer une hystérectomie ou un Porro. Pour nous ce genre d'intervention mutilatrice, est à proscrire résolument. Le mal et le remède sont tout de même trop disproportionnés.

Restent les voies naturelles. Il s'agit de terminer l'accouchement le plus rapidement possible. On a alors à sa disposition soit la pose d'un ballon de Champetier de Ribes pour forcer la dilatation, soit bien plutôt la méthode plus rapide d'extraction du fœtus sous rachianesthésie, mise au point par DELMAS. Si cette extraction est nécessaire, le procédé de DELMAS est, selon nous, indiscutablement le meilleur : il permet une dilatation rapide et une version généralement assez facile. Mais les risques attachés à toute rachianesthésie d'une part : ceux inhérents à toute version d'autre part, font qu'elle doit être réservée aux cas vraiment rares où l'indication d'évacuer l'utérus est formelle. Notons que le procédé de DELMAS a permis à COTTE et GONNET une évacuation de l'utérus qui a singulièrement facilité la laparotomie consécutive.

Il va sans dire que si la femme est en travail, et que le fœtus ne soit plus viable, on interviendra sur le foyer appendiculaire et on laissera l'expulsion se faire spontanément (l'infection qui menace le fœtus n'ayant pas ici le même danger). La seule indication pour vider

l'utérus en premier serait encore ici la gêne mécanique apportée par un utérus à terme par trop volumineux.

Il reste certain qu'au cours de la grossesse une opération précocement faite et rapidement menée sans trop remuer la masse utérine aura les plus grandes chances de ménager la vie de l'enfant, et pour ce qui est de la mère, les résultats seront très bons, si l'on a su intervenir en temps opportun.

Nous venons de voir les cas de crises aiguës d'appendicite. Et pour l'appendicite chronique ? « Il faut opérer les formes chroniques dès la crise, sans attendre une nouvelle manifestation » disent DUBRISAY et JEANNIN. Certains auteurs estiment qu'il n'y a pas lieu d'intervenir pour une appendicite chronique ou que l'opération peut être ajournée après l'accouchement. En tout cas, après le quatrième mois révolu, le traitement médical est défendable, s'il s'agit d'une forme légère et discrète. Naturellement le moindre épisode aigu sera une indication à l'intervention; comme nous l'avons déjà répété, il faut faire opérer toutes les appendicites qui font parler d'elles au cours de la gestation : c'est, selon nous, la meilleure formule-guide à adopter.

Certains auteurs, tels Ch. MONOD, considèrent que la grossesse n'est pas influencée par l'opération et que le pronostic chirurgical n'est pas plus grave qu'en dehors de la puerpéralité. Ils conseillent donc d'intervenir systématiquement; mais, dit MONOD, il vaut mieux opérer du troisième au quatrième mois, d'autant plus que cette période de la grossesse correspond au maximum de tolérance de l'utérus.

Pour terminer cette étude, et pour mieux mettre en relief la haute gravité de l'appendicite, même correctement opérée, chez une femme enceinte, et ce à plus ou moins brève échéance, nous citerons deux observations, dont l'une personnellement communiquée à Rennes :

I. — OBSERVATION N° 4.018. Clinique Saint-Vincent, Rennes.

Madame B..., 22 ans, d'Ille-et-Vilaine.

Entrée le 25 mars 1935.

Dernières règles : 15 août 1934. Accouchement pour fin mai 1935.

Début d'appendicite le 24 mars. Opérée le 27 mars. Péritonite appendiculaire. Etat grave. Début de travail dans la matinée du 2 avril 1935.

Le 2 avril 1935, extraction par forceps à la vulve d'un fœtus mâle de 1 kg, 760 vivant. Délivrance naturelle et complète.

Gynergène, camphre, glace.

Décédée dans la soirée.

II. — OBSERVATION due à Jean HARTEMANN, de Nancy.

Une femme est opérée au cours du cinquième mois de sa grossesse, d'une appendicite aiguë avec pus diffusé dans la cavité abdominale. On la draine. Elle guérit. A sept mois elle accouche.

Aussitôt après la délivrance, coliques, nausées, tachycardie, puis grand shock. Puis mort. Et, à l'autopsie, on trouve du pus fétide dans tout l'abdomen.

Vraisemblablement, l'accouchement a libéré une collection enkystée.

Ces deux cas doivent être constamment présents à notre mémoire. L'appendicite gravidique est un accident qui doit donc être surveillé de très près et accaparer toute notre attention. Il ne faut rien négliger, en pareil cas, pour vaincre une affection relativement bénigne chez un sujet normal, mais qui dans la puerpéralité est semée d'embuches et d'écueils à chaque instant. Avec le placenta praevia, si redouté des accoucheurs, elle est restée dans mes souvenirs d'internat ma deuxième ennemie obstétricale.

CONCLUSIONS

I. — Pour le diagnostic, *il suffit « d'y penser »*, comme le dit BRINDEAU. Habituellement, on n'y songe pas. L'idée est tout de suite attirée sur les grands syndromes douloureux abdominaux gravidiques, subjugué que l'on est par la puerpéralité.

II. — « Y penser » *très tôt.* Avantage d'un diagnostic *précoce.* Plus on intervient tôt, moins la femme court de risques.

III. — Pour faire ce diagnostic précoce, se souvenir du *signe de* JAWOSKY et du signe de la contracture permanente de l'utérus. Examiner la femme en position latérale gauche, et rechercher le flanc droit utérin, sensible à la palpation. Réveiller aussi la douleur à droite par une pression sur le flanc gauche de l'utérus (BRINDEAU). S'appuyer sur les autres symptômes le cas échéant : vomissements, constipation, fièvre, hyperesthésie cutanée et défense musculaire. Ne pas confondre la contracture abdominale pariétale avec la contracture utérine. Tenir compte aussi du *nervosisme.*

IV, — Toute la question repose en fait sur le diagnostic différentiel, en particulier *avec la pyélonéphrite droite,* et les différentes lésions utéro-annexielles.

V. — *Il faut intervenir* dans presque tous les cas. Poser au préalable des indications nettes. L'opération étant décidée, intervenir *en morphinant* largement

avant et après, de façon à éviter l'avortement ou l'accouchement prématuré. Se rappeler qu'on sera souvent obligé d'avoir recours à une laparotomie médiane, pour se faire du jour.

Une intervention précocement pratiquée permet d'en appeller de la sentence funèbre prononcée par FOWLER « L'appendicite pendant la grossesse détermine un avortement avec issue mortelle ». Aujourd'hui les succès ne se comptent plus de mères et d'enfants sauvés.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :
LANTUEJOUL

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Nota. — Les références des tomes concernent les archives universitaires de Rennes. (Bibliothèque universitaire, Faculté des Lettres.)

Archives du Dr Nicolleau (Clientèle et Maternité de Saint-Malo).

Archives du Dr Brault (Clinique Saint-Vincent).

Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris

Fichier médical.

Amo. — Appendicite et grossesse. (*Arch. de méd. circ. y Esp.* t. XXXIV.)

Anderouas et Villar. — Péritonite d'origine appendiculaire trouvée au cours d'une laparatomie pour rupture utérine. *Bull. Soc. d'Obs. et de Gyn.*, Bordeaux, N° 5, mai 1930, p. 849.)

Andreani (Yvon). — Appendicite humorale, 6 cas. (*Thèse*, Paris, 1944.)

Bapteste. — De l'appendicite dans la puerpéralité. (*Thèse*, Lyon, 1899.)

Bar. — La pratique de l'art des accouchements, tome II.

Barbaro. — Appendicite et grossesse. (*Thèse*, Paris, 1926.) T. II, N° 653.

Baumann. — Les hémopéritoines génitaux non gravidiques. (*Thèse*, Paris, 1934.)

Beauchard. — *Thèse de Paris*, 1906.

BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite, étude clinique et pratique. Paris, 1914.

BERNARD. — *Thèse de Paris*, 1903.

BOHLER. — Appendicite et grossesse. (*Strasbourg méd.*, 1930.)

BOUCHACOURT. — Pression vasculaire et obstétrique. (*Thèse Paris*, 1939.)

BOUILLÉR. — De l'appendicite pendant la grossesse. (*Thèse* Lyon, 1897.)

BOUILLY. — Compte rendu Soc. Obst. et Gyn., Paris, 1899.

BOURY (Jacques). — Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la grossesse. (*Thèse*, Paris, 1928.)

BRAULT. — Le praticien et l'obstétrique. Rennes, 1925.

BRINDEAU. — Pratique de l'art de l'accouchement. — Soc. dObst. de Paris, 1908. — Arch. gén. de médecine, 1904, prem. sem. — Leçons du jeudi, Tarnier, 1927. — Appendicite et puerpéralité. (Clin. Montréal, 1920, XI). — Appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.

BRINDEAU, METZGER. — (*Revue gén. de clinique et thérapeutique*, Paris, 1910.)

— La pratique de l'art des accouchements. 1921.

BRINDEAU et JEANNIN. — *Bull. Soc. d'obst. de Paris*, 1909. — Appendicite et gestation. (*Journal des Praticiens*, 1910.) — *Ann. de Gynécologie*, 1910.

BUDIN. — Les avantages de l'expectation dans certains cas de contracture utérine. (*Journ. des praticiens*, 1903.)

CHAPUT. — Appendicite et grossesse. (*Thèse Bordeaux*, 1923.)

CHARBONNIER (Paul). — Appendicites drainées, suture pariétale, danger. (*Thèse*, Paris, 1943.)

COCHE, MASON. — Césarienne et appendicectomie à la fin de la gestation. (*Journ. américain*, an 1910, BD 75, N° 2.)

COMMANDEUR et DUVERNAY. — (*Lyon médical*, 1er janvier 1905.)

CONDACHI. — Appendicite a granidanga. (*Réforme médicale*, 45.542, april, 20, 1929).

CONTER (Paul-Henri). — Contribution à l'étude de l'appendicite pendant les suites de couches. (*Thèse*, Nancy, 1905.)

COOKE. — Appendicite compliquant la gestation. (*New-York méd.*, mai, 1909.)

COTILLON (Jean-Michel-Charles). — Invaginations appendiculaires, avec 6 observations inédites. (*Thèse*, Paris, 1941.)

COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.

COURRIER. — Sur les variations de l'histo-physiologie chez la femme. (*Bull. et Mém. Soc. End. Roum.*, nov. 1937.)

— Sur les variations de l'histo-physiologie génitale féminine. (*Gazette médicale française*, 15 oct. 1937.)

COURTOIS et MAUVIEL. — Appendicite et grossesse. (*Soc. franç. de Gyn.*, 1943, tome III, fasc. II.)

CROISIER. — C. R. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. et Pédiâtrie de Paris, avril, 1903.

CROSTE (René). — L'appendicite au cours de la grossesse. (*Thèse*, Paris, 1906.) Tome XI, N° 302.

DAYOT (Dr). — Réflexions sur l'appendicite, 1899, N° 59-542. — Cas singulier d'appendicite.

DELAGENIÈRE. — De l'appendicite, Paris, 1900.

DEMELIN, DEVRAIGNE. — Appendicite et gestation. (*Manuel de l'accoucheur*, Paris, 1924.)

DESBORDES (Pierre). — Distension pyélique. Signes et erreurs de diagnostic. (*Thèse*, Paris, 1943.)

DEXENS (S.), FONT (E.), GIL, VERNET. — Observationes de appendicites coexistendo con estados gravidos. (*Rev. méd. de Barcelona*, 1-44, May 1931.)

DIEULAFOY. — Etude sur l'appendicite, Paris, 1893, N° 38, 584. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, 1897-98, t. II, 16e leçon.

DROUET. — Le choc vasculo-sympathique. (*Journ. méd.* Paris, 1921.)

Dreyfus, Le Foyer et R. Lejeune. — Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse ectopique et à symptomatologie d'appendicite. (*Gyn. et Obst.*, 1932.)

Dubrisay-Jeannin. — *Accouchement*, 8e édition, Paris, 1936.

Ducuing, Guilherm. — Perforation appendiculaire au 4e mois de la grossesse, appendicectomie, pus libre dans le ventre, fermeture sans drainage, guérison avec continuation de la grossesse. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 18, 665, 8 nov. 1829.)

Dupuis. — Appendicite et grossesse. (*Thèse*, Paris, 1905.)

Dworzak. — Traitement de l'appendicite aiguë pendant la grossesse.

Ekehorn. — Appendicite et grossesse.(*J diskusionen after goran Homs foredrag*, 1921.)

Encyclopédie médico-chirurgicale. — Accouchement.

Falk. — Difficultés de diagnostic de l'appendicite pendant la gestation. (*Ann. Gyn. et Obst.*, avril 1900.)

Favreau (M.). — Appendicite et grossesse. (*Journ. des Soc. méd. de Lille*, 15 déc. 1929, N° 50.)

Favreau-Chaput. — Appendicite et gestation. (*Progrès médical*, 21 mars 1923.)

Ferré. — Six laparatomies pour tumeurs de l'abdomen, Paris, 1903. — Sur l'appendicite, N° 11.430.

Filachet. — Appendicite et grossesse. (*Thèse*, Lille, 1922.)

Filhastre. — Appendicite et grossesse, diagnostic, indications opératoires, techniques et résultats. (*Thèse*, Bordeaux, 1929, 30.)

Fischer (Henri). — Deux observations d'appendicite, Paris, Bayer, 1901, plad. 12, N° 55, 790.

Friedmann. — Le rôle du système nerveux végétatif dans les réactions d'hypersensibilité. (*Thèse*, Paris, 1936.)

Froehlich. — Appendicite compliquant la grossesse.

FUTH. — Uber das Zusammentreffen von gravidität mit appendizitis. (*Archives fur gynœkologie*, Bd 76, 1905, S. 507.)

GARCIA AMO (P.). — Appendicitis en el ambarazo. (*Rev. Espan. de Obst. y Gyn*, mars 1932.)

GAUCHERAUD, PUIG. — Appendicite et grossesse. (*Bull. soc. Gyn. et Obst. de Paris*, 1925.)

GLAMAIN. — Appendicite et gestation. (*Thèse*, Paris, 1915.)

GLOTAIN (Mlle Paule-Aimée). — Appendicite dans la puerpéralité. tome V, N° 87, (*Thèse*, Paris, 1915.)

GODLEWSKY. — Appendicite au sixième mois de la grossesse .(*Bull. des Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1927.)

GUÉGUEN (Léon-Pierre-Marie). — Douglas. Abcès post-appendiculaires. (*Thèse*, Paris, 1943.)

GUINARD (Aimé). — Affections de l'abdomen (appendicite).

HALL. — Appendicite durant la gestation. (*Amer. of Obst.*, New-York, p. 787).

HARTMANN. — Appendicite pendant la gestation, mort rapide après l'accouchement par péritonite. (*Bull. des Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1929.)

HEPP. — *Bull. Soc. de l'Int. des Hôpitaux*, Paris, 1911.

HERGOTT. — Appendicite et accouchement. (*Ann. Gyn. et Obst. de Paris*, août, 1900.)

HOVELACQUE. — Les organes génitaux internes de la femme.

JARCA (Georges). — Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches, tome XXII, N° 136,. (*Thèse*, Paris, 1898.)

JACOB (Louis). — Contribution à l'étude de l'appendicite, n° 38. 516.

JAHIER, LAFFONT (J.). — Deux cas d'appendicite aiguë au cours de la grossesse (*Algérie Méd.*, août 1930).

KAUFMANN. — Traité allemand d'anatomie-pathologique.

KERING. — Appendicite et grossesse. (*Revue pratique d'Obst. et Pédiatrie*, janvier 1907).

MULLER (Paul). — Appendicite et grossesse. (*La Clinique*, 1932).

KOHN. — *Société chirurg. de Dresde*, 1885.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique.

LEGENDRE. — *Revue Obst.*, 1897, n° 112.

LEGROS (Armand). — Le signe de la contraction permanente de l'utérus comme diagnostic précoce de l'appendicite au cours de la gestation (forme insidieuse ou torpide), *Thèse de Paris*, 1939.

LEMELAND. — L'appendicite au cours de la puerpéralité. (*La méd. intern.*, mai 1929). Contracture utérine accompagnant les syndromes péritonéaux et en particulier l'appendicite. (*Bull. Obst. et Gyn. de Paris*, 1905).

LEMELAND et RISACHER. — Sur la tension permanente de l'utérus. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1926).

LE LORIER et DUCHÊNE. — Accident de l'occlusion intestinale à trois mois et demi de la gestation. (*Ser. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, mars 1922).

LOERVENHARD (Henri). — L'appendicite chez la femme, Tome XXX, n° 535. (*Thèse Paris*, 1904).

LOUAINTIER (Lucien-Edmond). — Grossesse extra-utérine. Coexistence de l'appendicite. (*Thèse Paris*, 1923, tome XXII, n° 8).

MARBURG. — Appendicitis in preguancy. (*Ap. Surg.*, 1933).

MARTY (Jean-Jacques). — Appendicite. Douleur ; de quelques anomalies du siège. (*Thèse Paris*, 1941).

MARY. — *Thèse Paris*, 1908.

MOIZARD. — De l'appendicite perforante suraiguë. (*Thèse Paris*, 1893, n° 11, 187).

MONDOR (Henri). — Diagnostics urgents. Abdomen, 1940.

MOUTHOL. — Appendicite et grossesse. (*Thèse Paris*, 1935).

MOUTHON (Georges). — Appendicite et grossesse, indications opératoires. (*Thèse Paris*, 1935, n° 619).

NERPON (Marie-Thérèse). — L'appendicectomie chez la femme, avec l'incision de Pfannestiel, Lyon, 1914.

OUI. — *C. R. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. et de Pédiatrie*, Paris, 1903.

PANKOW. — Les causes du mauvais pronostic de l'app. au cours de la grossesse et leurs conséquences thérapeutiques. (*Arch. f. de gyn.*, 1928).

PELLET (Jean-Jacques-Charles). — De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine. (Lyon, 1909).

PÉNARD (Bernard-Joseph). — L'appendicite chez la femme enceinte. (*Thèse Paris*, 1912, tome XXXI, n°170).

PERALTA (Ramos). — L'allergie en obstétrique et gynécologie. (*Dia Médical*, 1940).

PERAUD. — Appendicite chez la femme enceinte. (*Thèse Paris*, 1912).

PERY, RABÈRE et LEURET. — Appendicite et gestation. (*Soc. d'Obst. de Paris*, 1921).

PETEL (J.) et PRINCETEAU (René). — Appendicite et grossesse. (*Arch. méd. Chir. de province*, janvier 1930).

PHAREUF. — Appendicite et grossesse. A propos de 15 obs. personnelles. (*Union Méd. du Canada*, 1927).

PIGEAUD. — Contribution à l'étude de l'appendicite aiguë compliquant l'état puerpéral. (*Thèse Paris*, 1931).

PINARD. — *Clinique Obstétricale*, 1899. Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse. (*Communication à l'Académie de Médecine*, 6 mars 1900, et dans les *Annales de Gyn. et Obst.*, mai 1900). De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Communication à l'Académie de Médecine*, 22 mars 1898, et *Annales Gyn. et Obst.*, mai 1898).

POLICARD. — Les phénomènes de motricité capillaire. (*Lyon chirurgical*, 1921).

PORAK et DANIEL. — *Annales obst. gyn.*, Paris, février 1903.

PORAK et LEPAGE. — *Soc. obs. et péd. Paris*, 1903.

PORTES, SEGUY. — Influence de la gestation, du travail et des

suites de couches sur appendicite aiguë. (*Gynéc. et Obs.*, février 1927).

PUECH. — Appendicite et grossesse. (*Revue pratique d'Obst. et Pédiatrie*, janvier 1907).

QUEHEN (Etienne). — Pyélonéphrites gravidiques; étude et traitement. (*Thèse Paris*, 1944).

Questions gynécologiques d'actualité (Travaux de la Société Française de Gynécologie). Tome III, 1943, fascicule II.

QUILLARD (Alfred). — L'appendicite chez la femme. (*Thèse Paris*, 1901, tome L, n° 208).

REILLY et RIVALIER. — Le rôle du système nerveux végétatif dans les réactions d'hypersensibilité. (*Annales de Médecine*, 1936).

RENONDEAU. — Rapport du système nerveux avec l'appareil génital de la femme. (*Thèse Paris*, 1939).

RIVIÈRE (Georges). — *Thèse Paris*, 1940. Appendicite gangréneuse des enfants.

ROCHE, PERY, FAVREAU. — Appendicite gangréneuse pelvienne et grossesse. Colpotomie, guérison. (En collaboration avec les Docteurs PERY et FAVREAU, *Soc. Obs. et Gyn. de Bordeaux*, janv. 1921).

SAMSOEN (M.). — Ovarite scléro-kystique et appendicite. (*Société Française de Gynécologie*, tome III, 1943, fascicule II).

SANDRET (Bernard). — Appendicite herniaire dans la hernie crurale; étude. (*Thèse Paris*, 1943).

SEGOND. — Etude de l'innervation des organes génitaux de la femme.

SEGUY (Jean). — Les appendicites aiguës compliquant la gestation normale. (*Thèse Paris*, 1927, tome XLVII, n° 44).

SZILAGHI (Ladislas). — Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la grossesse. (*Thèse Paris*, 1929).

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art de l'accouchement.

TÉDENAT. — Appendicite chez la femme enceinte. (*Mull. Soc. d'Obst. et de gyn. de Paris*, 1925).

THALY (Henri-Georges-Emile). — Appendicite chronique, diagnostic. Importance de l'examen radiologique complet de la traversée digestive. (*Thèse Paris*, 1944).

THOMAS (André). — Les phénomènes de répercussivité.

TINEL. — Le système nerveux végétatif.

TISSIER et LEMELAND. — Discussion sur l'évacuation de l'utérus avant appendicectomie. (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1905).

TUSSEAU. — Appendicite et grossesse. (*Bull. et mém. des chirurg. de Paris*, 1935).

VARANGOT. — Hormonothérapie gynécologique.

VAUDESCAL. — Appendicite et grossesse. (*L'Hôpital*, avril 1928).

VAUTRUI. — Acc. int. pendant la gestation. (*Soc. d'obst. et de gyn. de Nancy*, 1922 ; *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1922, p. 204).

VIGOUROUX. — Appendicite et grossesse. (*Thèse Bordeaux*, 1928, 1929).

VIGNES (Henri). — Maladies des femmes enceintes (de l'appendicite). — Appendicite et grossesse. (*La sage-femme de France*, octobre 1932)). — Appendicite et grossesse. (*Quest. clin. d'actual.*, Paris 1932). — Appendicite et gestation. (*Journ. des Prat.*, 1924). — Appendicite et grossesse. (*La Puériculture*, 15 déc. 1931). — Appendicite et grossesse. (*Le congr. méd.*, 1931).

VINAY. — *Lyon Médical*, 1898.

VRANIALI (Ismaïl) (Lyon 1921, Doct. d'Univ.). — Grossesse extra-utérine et appendicite. Coexistence et diagnostic différentiel.

ZONDEK. — *Annales d'endocrinologie*, 1939-1940, p. 484.

ZYNGERMANN, HERSZEL. — Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte, n° 1004, *Thèse Paris*, 1939).

TABLE DES MATIERES

PAGES

Avant-propos 13

Historique 17

Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques 21

Observations 23

CHAPITRE I. — Symptômes et diagnostic positif de l'appendicite chez la femme enceinte 45

CHAPITRE II. — Diagnostic différentiel 61

CHAPITRE III. — Appendicite et grossesse tubaire extra-utérine (coexistence, diagnostic différentiel) 81

CHAPITRE IV. — Pronostic et traitement 87

Conclusions 99

Bibliographie 101

R. FOULON, Imprimeur, 29, rue Deparcieux, PARIS (14e).